



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA - PPGSCA**



**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE PARTURIENTES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS: ANÁLISE SOB UMA
PERSPECTIVA FIGURACIONAL**

Manaus - AM
2021

JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE PARTURIENTES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS: ANÁLISE SOB UMA
PERSPECTIVA FIGURACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia, na linha de pesquisa 2 – Redes, Processos e Formas de Conhecimentos.

Orientadora:
Professora Doutora Heloísa Helena Corrêa da Silva

Manaus - AM
2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P654v Pinheiro, Jucinara Figueiredo
A violência obstétrica na percepção de parturientes e profissionais de saúde na cidade de Manaus: análise sob uma perspectiva figuracional / Jucinara Figueiredo Pinheiro . 2021
132 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Heloísa Helena Corrêa da Silva
Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Violência Obstétrica. 2. Implicações Psicossociais. 3. Figuração
. 4. Processo Civilizador. 5. Parturientes . I. Silva, Heloísa Helena
Corrêa da. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE PARTURIENTES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS: ANÁLISE SOB
UMA PERSPECTIVA FIGURACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia, na linha de pesquisa 2 – Redes, Processos e Formas de Conhecimentos.

Manaus-AM, 13 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Doutora Heloísa Helena Corrêa da Silva – Presidente
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof.^a Doutor Gláucio Campos Gomes de Matos - Membro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof.^a Doutora Mariana Balduino da Costa - Membro
Centro Universitário do Norte - UNINORTE

Prof.^a Doutor. Odenei de Souza Ribeiro – Suplente 01
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof.^a Doutor Ewerton Helder Bentes Castro – Suplente 02
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Dedicatória

A minha mãe, **Maria de Lourdes Figueiredo Pinheiro** e ao meu pai, Sebastião Marques Pinheiro, in memoriam, responsáveis biológico e socialmente pela minha vida.

Ao meu filho, **Carlos Cabral Pinheiro de Souza** pelo sentindo que deu a minha existência.

Ao meu esposo, **Luiz Cláudio Pires Costa**, que me ajuda a transformar sonhos em realidade.

Aos pesquisadores que labutam pelo progresso da ciência e da humanidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador do Universo, Deus por sua proteção física, espiritual, me fortalecendo e dando discernimento, sabedoria, e inteligência emocional para manter o foco, diante dos enfrentamentos e desafios, para a concretude desse objeto de desejo, o mestrado.

Ao meu esposo, Luiz Claudio Pires Costa, pelos incentivos, contribuições, afeto e companheirismo.

A minha orientadora, professora Dra. Heloísa Helena Corrêa da Silva, pelas oportunidades, resiliência diante dos desafios enfrentados na pandemia da COVID19, em que manteve os incentivos durante a jornada do mestrado.

Aos professores membros da Banca Avaliadora, Dr. Gláucio Campos Gomes de Matos, Dra. Mariana Balduino da Costa, Dr. Odenei de Souza Ribeiro, e ao Dr. Ewerton Helder Bentes Castro pelas contribuições durante a jornada do mestrado e nos direcionamentos para a construção desta dissertação.

À Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA), bem como todos os professores, em especial, a Profa. Dra. Marilene Corrêa e Dr. Gláucio Campos pelos ensinamentos e compartilhamentos de suas experiências.

Ao Secretário de Estado de Saúde Interino, Dr. Marcellus José Barroso Campêlo, a Diretora da Unidade Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, Enfa. Andréa Gonçalves Castro, e a Nadia da Costa Macedo, e a todos os participantes voluntários da pesquisa, profissionais de saúde e parturientes.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pela concessão da bolsa de pós-graduação pelo Programa de Apoio à Pós-Graduação Strictu Sensu – POSGRAD Edição 2020-2021.

Aos colegas de pós-graduação, pela boa convivência, discussões teóricas, compartilhamentos e solidariedade, principalmente nos momentos difíceis que enfrentamos no contexto da COVID-19 em Manaus.

“Por ser um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para ‘dramatizar’ causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças.”

(Maria Cecília de Souza Minayo)

RESUMO

Da trajetória acadêmica e profissional, surgiu o interesse no estudo das representações simbólicas da violência obstétrica a partir da percepção de profissionais de saúde e parturientes, analisada por meio da Sociologia Figuracional, de Norbert Elias. O estudo sob o tema “A violência obstétrica na percepção de parturientes e profissionais de saúde na cidade de Manaus: análise sob uma perspectiva figuracional” partiu de uma abordagem interdisciplinar na área das ciências humanas, com um olhar sociológico e histórico da violência obstétrica no Brasil e na Amazônia Brasileira. O estudo foi desenvolvido dentro da abordagem qualitativa, sem desprezar aspectos quantitativos, através da Sociologia Compreensiva buscou: a) compreender a violência obstétrica nas percepções das parturientes e profissionais de saúde sob a perspectiva figuracional; b) identificar as implicações psicossociais da violência obstétrica; e c) descrever as práticas de enfrentamento e erradicação da violência obstétrica no Amazonas. A questão problematizadora tratou: a violência obstétrica como um fato social que possui caráter de exterioridade em relação as consciências individuais (discurso, práticas), exercendo uma força coercitiva? De acordo com a reflexão lúcida sobre o sentido do trabalho, o estudo transcorreu trazendo a perspectiva da sociologia compreensiva, em que se fez uma breve análise da construção teórica sobre a representatividade da violência obstétrica como fenômeno social em expansão ao longo da história, as mudanças culturais que modelam a sociedade moderna e seus aparatos de vigilância e controle social. Com base no método de análise do discurso foi descrito o fenômeno da violência representado através da figuração na relação de poder entre profissionais de saúde e parturientes, em que considerou-se que a cidade de Manaus é ativa na luta e resistência contra a violência obstétrica, porém a implementação de políticas públicas ainda requer planejamento específico nas devidas repartições, com programas diretores ou equivalentes, com orçamento, prazos, responsáveis, indicadores, monitoramento, avaliação e controle social.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica – Implicações Psicossociais – Figuração – Processo Civilizador - Parturientes.

ABSTRACT

From the academic and professional trajectory, interest in the study of symbolic representations of obstetric violence emerged from the perception of health professionals and parturients, analyzed through the Figural Sociology, by Norbert Elias. The study under the theme "Obstetric violence in the perception of parturients and health professionals in the city of Manaus: analysis from a figural perspective" started from an interdisciplinary approach in the area of human sciences, with a sociological and historical look at obstetric violence in Brazil and in the Brazilian Amazon. The study was developed within a qualitative approach, without neglecting quantitative aspects, through Comprehensive Sociology, it sought to: a) understand obstetric violence in the perceptions of parturients and health professionals from a figural perspective; b) identify the psychosocial implications of obstetric violence; and c) describe the practices of coping with and eradicating obstetric violence in Amazonas. The problematizing question dealt with: obstetric violence as a social fact that has a character of exteriority in relation to individual consciences (discourse, practices), exerting a coercive force? According to the lucid reflection on the meaning of work, the study was carried out bringing the perspective of comprehensive sociology, in which a brief analysis of the theoretical construction on the representation of obstetric violence as a social phenomenon in expansion throughout history was carried out, the changes that shape modern society and its apparatus of surveillance and social control. Based on the method of discourse analysis, the phenomenon of violence was described, represented through the figuration in the power relationship between health professionals and parturients, in which it was considered that the city of Manaus is active in the fight and resistance against obstetric violence, however, the implementation of public policies still requires specific planning in the appropriate departments, with master programs or equivalent, with budget, deadlines, persons in charge, indicators, monitoring, evaluation and social control.

Key Words: Obstetric Violence - Psychosocial Implications - Figuration - Civilizing Process - Parturients

LISTA DE SIGLAS

- AIDPI** - Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
- CFP** - Conselho Federal de Psicologia
- CID** - Classificação Internacional de Doenças
- CIR** - Colegiados Intergestores Regionais
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DNV** - Declaração de Nascidos Vivos
- COVID-19** - Doença por Coronavírus – Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2)
- DCNGM** - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
- DSM** – Manual de Diagnósticos Estatístico de Transtornos Mentais
- HC** – Habilidades de Comunicação
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- MS** – Ministério da Saúde
- ODM** - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ONG** - Organizações Não Governamentais
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PT** – Parteiras Tradicionais
- PTPT** - Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
- RMI** - Rede Materno Infantil
- ReHuNa** – Rede de Humanização do Parto e do Nascimento
- RN** – Recém Nascido
- RT-PCR** - Reação da Transcriptase Reversa seguida pela Reação em Cadeia da Polimerase.
- SUSAM** - Secretaria de Saúde do Amazonas
- UFAM** – Universidade Federal do Amazonas
- UCIN** - Unidade de Cuidados Intermediários
- UCINca** - Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
- UTIN** - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
- VO** – Violência Obstétrica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Visão Satélite da Cidade de Manaus

Figura 2 - Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM)

Figura 3 - Sede da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou

Figura 4 - Recepção da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou

Figura 5 - Corredor de entrada - admissão das pacientes na unidade

Figura 6 - Sala de Acolhimento e Classificação de Risco – ACR

Figura 7 - Sala de avaliação anexo ao consultório médico

Figura 8 - Sala Pré-Parto dentro do PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto)

Figura 9 - Sala de procedimentos no PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto)

Figura 10 - Sala de Pós-Parto dentro do PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto)

Figura 11 - Conscientização Portaria 930/2012 no ambiente do PPP

Figura 12 - III Audiência Pública para debater sobre violência obstétrica

Figura 13 - Atividades de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo de partos normais e cesáreas nos anos 2019/2020

Quadro 2 – Perfil dos entrevistados: profissionais e paciente

Quadro 3 – Denúncias de Violência Obstétrica no Estado do Amazonas

Quadro 4 – Tipificação dos Casos de Violência Obstétrica no Amazonas

Quadro 5 – Categoria de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e situações de V.O.

Quadro 6 – Registros de Demandas da ouvidoria (2019-2020)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA FIGURACIONAL	18
1.1 A EXPLICAÇÃO SOCIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	20
1.2 AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES AMAZÔNIDAS	24
1.2.1 Aspectos históricos das parteiras no Amazonas.....	25
1.2.2 As crenças e força religiosa.....	27
1.2.3 Atividadesdesenvolvidas pelas parteiras.....	28
1.3 A QUESTÃO DA RELAÇÃO DE PODER: PROFISSIONAIS E PACIENTES.....	30
CAPÍTULO II – PERSPECTIVAS DAS CATEGORIAS: PROCESSO CIVILIZADOR, FIGURAÇÃO, PROCESSO SOCIAL E PODER	33
2.1 REFLEXOS DA COVID-19 NO ATENDIMENTO A PARTURIENTES	36
2.2 PROTOCOLO ASSISTÊNCIAL NA MATERNIDADE DONA NAZIRA DAOU.....	52
2.3 EXPERIÊNCIAS NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO:VIOLÊNCIA OU NÃO?.....	70
2.4 IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA V.O.....	91
CAPÍTULO III – ASPECTOS POLÍTICOS DA VIOLENCIA OBSTETRICA	95
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	96
3.2 ASSISTÊNCIA ÀS PARTURIENTES	103
3.2.1 Apoio psicossocial.....	105
3.3 PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO E ERRADICAÇÃO DA V.O.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
APENDICE	120
APÊNDICE A - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIDO...121	
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA AUDIO GRAVADA – PACIENTES.....	125
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS.....	126
ANEXO	129
ANEXO 01 - PARECER DE APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA.....	130

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a relevância e legitimidade do problema de saúde pública no Brasil e utiliza-se da expressão “violência obstétrica” para representar o conjunto de atos desrespeitosos, abusos, maus-tratos e negligência contra a mulher e o bebê, antes, durante e depois do parto, que equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais.

Da trajetória acadêmica e profissional, surgiu o interesse no estudo das representações simbólicas da violência obstétrica a partir da percepção de profissionais de saúde e parturientes, analisada por meio da Sociologia Figuracional, de Norbert Elias. Em que as considerações para o estudo contemplam: a relevância social da pesquisa no intento de compreender como as relações sociais na perspectiva dele podem contribuir para estabelecer, a partir da premissa do sujeito e a realidade social da época, relações objetivas e subjetivas entre os sujeitos na relação de interdependência; a relevância acadêmica da pesquisa com a elaboração de produtos científicos relacionados a vivência de mulheres amazônidas à cerca da violência obstétrica para compreender a pluridimensionalidade do tema, evidenciando os aspectos socioculturais da prática desse tipo de violência na percepção dos atores envolvidos em atendimento de parturientes na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou; e a relevância da pesquisa para o processo de formação, contribuirá para a discussão da temática e a promoção da disseminação da violência contra a saúde da mulher na relação com profissionais de saúde, e ainda no processo da formação profissional, nas boas práticas em saúde, prevenção e qualidade de vida, ações coletivas colaboram efetivamente para o aumento da potência das pessoas nas práticas de saúde.

O lócus da pesquisa foi a unidade administrada pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), a Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, local em que fui voluntária no período de junho de 2019 a junho de 2020, passando ter como interesse da pesquisa os servidores com vínculo empregatício, efetivos ou temporários, ou seja, voluntários dos setores envolvidos no atendimento as mulheres que receberam assistência durante o pré-parto ou trabalho de parto (TP), parto (P) e pós parto (PP) e as parturientes que tiveram atendimento entre os anos de 2019 e 2020, permitindo um aprofundamento do olhar sobre suas experiências em diferentes contextos de interação com os profissionais que prestam serviços nesta unidade.

O estudo partiu de uma abordagem interdisciplinar na área das ciências humanas, com um olhar sociológico, antropológico e histórico da violência obstétrica no Brasil e na cidade de Manaus. Em que através da Sociologia Compreensiva Weberiana, buscou compreender a violência obstétrica nas percepções das parturientes e profissionais de saúde sob a perspectiva figuracional; identificar as implicações psicossociais da violência obstétrica, e descrever as práticas de enfrentamento e erradicação da violência obstétrica no Amazonas. Ainda considerou a questão problematizadora: a violência obstétrica como um fato social possui caráter de exterioridade em relação as consciências individuais (discurso, práticas) exercendo uma força coercitiva?

De acordo com a reflexão lúcida sobre o sentido do trabalho, o estudo transcorreu na abordagem metodológica de Max Weber, em que encontra-se o interesse na relação entre indivíduo e sociedade, onde a sociedade pode ser compreendida a partir do conjunto das ações individuais. Weber não considerava a existência de individualidades históricas, a compreensão da dinâmica que utilizava, o chamado Método Compreensivo, baseando na interpretação e entendimento do passado e da história da sociedade. No pensamento social, Weber foi influenciado pelos pensadores Georg Simmel, Ferdinand Tönnies, Werner Sombardt e Ernest Troeltsch. (KRUPPA, 1996).

Na abordagem metodológica, a pesquisa foi qualitativa, descritiva e exploratória, estabelecendo a partir da premissa entre o mundo real e o sujeito, situação que não pode ser traduzida em números, pois esta relaciona-se o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. E dentro da abordagem qualitativa, sem desprezar os aspectos quantitativos, fundamentando-se nas representações envolvendo parturientes e profissionais de saúde, relacionando os aspectos da Sociologia Figuracional, com base na Teoria do Processo Civilizatório de Norbert Elias em sustentação das preposições explicativas do fenômeno representado nas relações de poder entre profissionais da saúde e parturientes. Enquanto na abordagem descritiva, onde foi observado, registrado as características, os fenômenos envolvendo as relações, a existência de medidas redutoras ou mitigadoras das externalidades negativas e sua efetividade, assumindo inclusive a forma de levantamento através de coleta de dados. Quanto ao ponto de vista exploratório, visou a torná-lo explícito e/ou a construir hipóteses, proporcionando maior familiaridade com o problema, através de levantamento bibliográfico e histórico.

O resultado deste trabalho se apresenta estruturado em três seções que se entrelaçam em uma tessitura de discussão interdisciplinar, da seguinte forma: o Capítulo I titulado – PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA FIGURACIONAL, trazendo a perspectiva da sociologia figuracional, em que fez-se uma breve análise da construção teórica sobre a representatividade

da violência obstétrica como fenômeno em expansão ao longo da história, as profundas mudanças culturais que modelam a sociedade moderna e seus aparatos de vigilância e controle social. Ainda vem trazendo as categorias com a explicação sociológica da violência obstétrica, a vivência das mulheres amazonidas e a questão da relação de poder entre profissionais e parturientes.

A segunda seção, versará sobre o Capítulo II CAPÍTULO II titulado – PERSPECTIVAS DAS CATEGORIAS: PROCESSO CIVILIZADOR, FIGURAÇÃO, PROCESSO SOCIAL E PODER, as categorias sobre os reflexos da COVID-19 no atendimento as parturientes na unidade hospitalar, seguida da categoria que tratou dos protocolos assistenciais na Maternidade cidade Nova Dona Nazira Daou, e da categoria que retrará as experiências no pré-parto(TP), parto(P) e pós parto(PP): violência ou não? Por fim, as implicações psicossociais envolvidas na questão da figuração estabelecida nas relações de poder.

Por fim, o Capítulo III – ASPECTOS POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, trazendo nas categorias a discussão de políticas públicas no combate à V.O., a assistência às parturientes envolvendo o apoio psicossocial e as práticas de enfrentamento e erradicação da violência obstétrica no Amazonas.

Alguns artigos científicos e publicações foram relacionados ao tema da pesquisa, incluindo o período de realização do trabalho voluntário na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou (julho do ano 2019 a junho de 2020), dos quais cito: Parteiras no Amazonas: aspectos socioculturais e contribuições; os capítulos de livros, intitulados: A violência obstétrica: efeitos psicológicos e responsabilidade do estado. In: LIMA, N. A; SARAIVA, E.H.; SETE JUNIOR, G. J.. (Org.). Reflexões sobre violência e justiça. Alexa Cultural. São Paulo: 2018, p. 97-122, produzido juntamente com o livro relacionado ao tema: COSTA, L. C. P.; e RUBIM, G; e o capítulo denominado Violência obstétrica: análise sob a sociologia figuracional de Norbert Elias. In: MATOS, G.C.G. Estudos a partir da Teoria de Norbert Elias. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2020, p. 239-247. Dos resumos publicados em anais de congressos: “Violência Obstétrica Análise sob a Sociologia Configuracional da Teoria do Processo Civilizatório de Norbert Elias” publicado nos Anais do I Simpósio Processos Civilizadores na Panamazonia - SPCPAM, 2018 sob a coordenação do Prof. Dr. Gláucio Campos Gomes de Matos. Relevante as contribuições nas disciplinas cursadas nos dois semestres de 2019, sob códigos PGORI191 Atividade de Pesquisa I e PGORI192 Atividade de Pesquisa II, com a orientação da Profa, Dra. Heloisa Helena Corrêa da Silva, com a participação e apresentação no 5º Encontro de Políticas Públicas para a Pan-

Amazônia e Caribe - EPPPAC 2019 em Benjamim Constant – AM do artigo “Enfrentamento a Violência Obstétrica no Amazonas: ações e reflexões”.

O desejo é que a leitura do presente trabalho de pesquisa possa proporcionar uma compreensão do fenômeno da violência obstétrica na cidade de Manaus e as perspectivas futuras.

CAPÍTULO I – PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA FIGURACIONAL

O poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas de saber, ou por baixo delas. Por isso ele é dito microfísico. Ele é força, e relação de força, não forma. E a concepção das relações de forças em Foucault, prolongando Nietzsche, é um dos pontos mais importantes de seu pensamento (DELEUZE, 2008 p. 112).

Na contemporaneidade, pensar na complexidade da existência humana é perceber que sofreu influências pelas mudanças globais e transições demográficas, criando novos padrões de comportamentos e hábitos considerados necessários que foram incorporados à rotina pessoal, profissional e social de cada indivíduo, e conseqüentemente afetou a qualidade de vida da população brasileira, gerando agravos à saúde psicossocial.

O sociólogo Norbert Elias (1897-1990), um dos pensadores utilizados no empreendimento deste estudo, destaque do século XX, nascido em Breslau em 1897, uma cidade da Baixa Silésia, na Polônia, e morreu em Amsterdã em 1990. Formado pelas Universidades de Breslau e Heidelberg, foi um escritor que obteve reconhecimento de seu trabalho tardiamente com a publicação *A Sociedade de Corte*.

A obra intitulada “Introdução à Sociologia” é considerada tardia na carreira de Norbert Elias, publicada em 1970. Trata-se de uma continuação das obras anteriores, no entanto, com um novo viés crítico. Nessa obra, Elias teve como objetivo ressaltar a importância da necessidade de uma reorientação do discurso sociológico, ao considerar que estamos impregnados pela “necessidade causal, determinismo, leis científicas” (ELIAS, 1980, p.22), pela cientificação do pensamento. Com efeito, a defesa do autor, é que o papel da sociologia, frente tais premissas, é se voltar à compreensão das forças sociais, de modo que se afaste do modelo mítico e egocêntrico do conhecimento.

Ainda, no que concerne aos aspectos gerais da obra, Elias deteve-se na formulação de conceitos próprios das ciências sociais, das particularidades das representações sociais dos homens. Ao que salienta que a sociologia “deverá produzir gradualmente outros conceitos, que sejam mais adequados às particularidades das representações sociais do homem” (ELIAS, 1980, p.18). Faz o exercício de repensar temas fundamentais do discurso sociológico tais como indivíduo, grupo, relações de poder, interconexões sociais, conhecimento científico entre outros, em busca de novos instrumentos conceituais. Elias propõe uma teoria sociológica para entender as relações sociais, que podemos denominar de teoria configuracional ou figuracional. Para compreender como as relações individuais e sociais

foram se constituindo, busca analisar, em suas obras, a psicogênese e a sociogênese das relações.

No Brasil sua obra teve grande receptividade, proporcionando o contato com outras obras: Os alemães; Escritos & Ensaios; Os Estabelecidos e os Outsiders; Mozart: Sociologia de um gênio; Norbert Elias por ele mesmo; o Processo civilizador (2 vols.); Sobre o tempo e A sociedade dos indivíduos.

Ao longo dos anos, Elias demonstrou que o desenvolvimento da sociedade ocidental criou um precipício entre indivíduo e sociedade. Destacando-se dentre as suas obras: O processo civilizador (uma história dos costumes), Introdução à Sociologia, Os Estabelecidos e os Outsiders, em que na Teoria Social “Sociologia Figuracional”, foi introduzido o estudo do pensamento de Elias no Brasil.

Pelo exposto, Elias auxiliará na compreensão da violência obstétrica como fenômeno social em expansão ao longo da história. De um modo geral, as mudanças históricas acentuadas nos padrões de violência estariam relacionadas a duas alterações de longo curso: as profundas mudanças culturais que modelam a sociedade moderna e, processo concomitante, a expansão do Estado moderno e seus aparatos de vigilância e controle social.

Em 1939, tratou na obra O processo civilizador (uma história dos costumes), do poder nas relações sociais, discorreu sobre a alteração dos costumes ao longo da Idade Média e da Moderna e analisou as mudanças sofridas no padrão de comportamentos europeus medievais, o limiar de vergonha, a repugnância frente à violência e um maior nível do controle das emoções ao autocontrole, pois “as estruturas de personalidade e da sociedade evoluem em uma inter-relação indissolúvel e as mudanças na sua estrutura é um aspecto específico no desenvolvimento de estruturas sociais.”(ELIAS,1994c:221)

Assim, Elias buscou a compreensão da sociedade através da análise de seus diversos aspectos, afirmando que a estrutura do comportamento humano está relacionada com a estrutura das sociedades ocidentais no longo percurso de seu desenvolvimento, e que a estrutura social acompanha a modificação que acontece na estrutura de personalidade dos indivíduos dessa sociedade, da mesma forma o inverso ocorre, se constatando as *relações de interdependências*.

Em Elias o conceito de *figuração*, retrata a análise das relações e funções sociais vistas enquanto um conjunto de relações interdependentes, que ligam os indivíduos entre si numa dada formação. Para ele as formações ou conjunto de formações seriam a *figuração*, sendo que cada história ou tipo de sociedade dentro do seu contexto histórico específico, produz um conjunto de *figurações* específicas.

Um dos conceitos principais, senão principal, da teoria sociológica proposta por Elias é o conceito que ele denomina por “configuração”. Tal conceito “refere-se à teia de relações de indivíduos interdependentes que se encontram ligados entre si e de diversas maneiras”, sendo que “as acções de uma pluralidade de pessoas interdependentes interferem de maneira a formar uma estrutura entrelaçada de numerosas propriedades emergentes, tais como relações de força, eixos de tensão, sistemas de classes e de estratificação, desportos, guerras e crises económicas” (ELIAS; DUNNING, 1992, p.25-26).

Portanto, as figurações são resultado “do entrelaçamento de incontáveis interesses e intenções individuais”, é a própria sociedade como um todo, admitindo que dentro dessa figuração maior encontramos uma série de outras figurações menores, que são as relações sociais entre grupos, classes, etc. É a chamada rede de interdependência entre os seres humanos, uma estrutura de pessoas mutuamente orientadas e interdependentes. Assim, propõe-se pensar a relação indivíduo/sociedade considerando as interdependentes, inicialmente pela ação da natureza e mais tarde da aprendizagem social, da educação, da socialização e das necessidades recíprocas socialmente geradas.

A teoria do processo civilizador nos permite entender que novas formas de controle da violência foram criadas para enfrentar conflitos entre sociedades e nações, e que as sociedades ainda criarão mecanismos de domínio da violência mais eficazes, porém somente o tempo poderá revelar.

1.1 A EXPLICAÇÃO SOCIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O século XIX foi marcado por muitas transformações sociais e políticas, conflitos e conquistas, e historicamente pelos desdobramentos da Revolução Francesa, ocorreram mutações nas relações sociais entre os indivíduos e deslocamento da população do campo para as cidades, resultando em relações de produção, aumento da exploração da força de trabalho, do acúmulo de riqueza, da segmentação da sociedade e da segregação social.

Tendo a Europa Ocidental vivido um declínio quanto à tendência de as pessoas obterem prazer a partir do seu envolvimento direto com atos de violência e de os testemunharem, o sociólogo Norbert Elias retratou da transformação civilizadora de longa duração, no âmbito da temática da violência, numa sociedade avançada, considerou também as transformações, as mudanças de equilíbrio, inclusive nas formas distinguidas em aspectos tipológicos da violência.

As ligações sociais retratam as estruturas de uma sociedade com base nas relações humanas segmentares que se constituem. O que Dunning (1992, p.342) defende que é

condizente ao ciclo de retorno positivo que aumenta a tendência para recorrer à violência a todos os níveis e em todas as esferas das relações sociais.

Como complexo social da violência é analisá-la sob uma perspectiva de totalidade, em que devem ser percebidas como parte de um contexto mais amplo, criando e recriando e ainda, dependendo das condições impostas pela sociabilidade contemporânea. Logo, é a partir da compreensão de que a *figuração* que expressa a relação de interdependência funcional entre os indivíduos e que em toda relação há um nível de poder, de conhecimento e emoções, podemos compreender que a violência obstétrica enfraquece a estrutura figuracional da parturiente e fortalece a figuração dos profissionais da saúde.

D'Gregório RP (2010, p.201) descreve que a prática da violência obstétrica envolve proibir mulheres de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social; realizar qualquer procedimento sem previa explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado; realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher; realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como: enema (lavagem intestinal), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), episiotomia (corte realizado no períneo da mulher para facilitar a saída do bebê), aminiotomia (ruptura provocada pela bolsa que contém líquido amniótico), permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade; tratar mulher em trabalho de parto de maneira grosseira, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas; e separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

Nas orientações publicadas pelo Ministério da Saúde:

O Ministério da Saúde através de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher busca garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos, e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), objetiva cobertura na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério para mulheres e seus filhos. (BRASIL, 2001).

A perspectiva da Sociologia é identificar problemas sociais, restabelecendo a ordem, podendo manter uma sociedade ordenada a técnica de controle social. De acordo com Weber (2000, p.7, apud ARON, 2005, p. 491) “a sociologia é, ou ao menos deveria ser preocupada com o significado subjetivo da conduta social e a ação racional”. Assim, definiu uma relação social como a conduta de diversas pessoas que, dado certo contexto de significados, dirigem-se e orientam-se em relação umas às outras, pois ele depende completa e exclusivamente de que a ação social ocorra de modo significamente previsível.

Segundo Weber (2000, p.10 apud ARON, 2005, p. 493), “a sociologia é uma

ciência empírica, o sentido é atribuído pelo agente/sujeito observado”, o que torna o objeto compreensível, não reduzindo a realidade objetiva a enunciados de validade universal, com as Ciências da Natureza fazem ao estabelecerem leis, por mais que admita uma possibilidade quando define o que é compreensão:

(...) “compreensão significa em todos esses casos: apreensão interpretativa do sentido ou da conexão de sentido: a) efetivamente visado no caso individual (na consideração histórica), ou b) visando em média e aproximadamente (na consideração sociológica em massa, ou c) o sentido ou conexão de sentido a ser construído cientificamente (como ‘ideal-típico’) para o tipo puro (tipo ideal) de um fenômeno frequente”. (WEBER, 2000, p. 11 *apud* ARON, 2005, p. 494)

Segundo Weber (2000, p.12), “a unidade básica de análise da Sociologia Compreensível é o indivíduo” (*apud* ARON, 2005, p. 495). Significa que pensar os agregados coletivos a partir da chave weberiana somente é possível se for admitido que sejam pessoas concretas na relação umas com as outras, e esses coletivos, as ações individuais tanto orientam o coletivo, quanto o coletivo orienta as ações, e são formados tanto pelo pensamento cotidiano quanto pelo pensamento jurídico.

Weber (2000, p.14 *apud* ARON, 2005, p. 497), ainda salientou “quatro tipos de ações sociais: a ação racional com relação a fins, a ação racional com relação a valores, a ação afetiva e a ação tradicional.”

“A ação racional com relação a fins refere-se às ações tomadas com um fim específico em mente, isto é, o autor busca atingir um objetivo e age racionalmente para atingi-lo. Já a ação racional com relação a valores refere-se a ações que são tomadas segundo os valores morais do sujeito que a pratica. A ação afetiva configura-se quando um sujeito age com base em seus sentimentos sem levar em consideração o fim que deseja atingir. A ação tradicional está relacionada com o agir baseada no costume e no hábito, isto é, o sujeito age pelo pressuposto da tradição sem o apoio da razão”. (WEBER, 2000, p. 14-15 *apud* ARON, 2005, p. 497-498).

Para Weber, não se deve pensar a sociedade como uma totalidade unificada e funcional. *Ibidem* (2000, p. 16 *apud* ARON, 2005, p. 499), define o “social como, toda ação específica determinada pela presença de um subjetivo vivido e pensado pelo ator ou como atividade humana dotada de um sentido subjetivo que o ator em relação ao comportamento do outro e que torna possível decifrar a significação da ação”.

Segundo Weber, é importante compreender não apenas as instituições, mas o que o indivíduo pensa, o que movimenta, qual o sentido que atribui a sua ação. Por isso, é compreensiva, explicativa e causal, é o estudo dos próprios indivíduos, através de uma metodologia do tipo ideal, em que faz uma construção de modelo, uma abstração da

realidade, baseado num modelo, considerando as características e definindo qual seria o tipo ideal.

Uma mudança no equilíbrio entre algumas formas de violências humanas distinguidas nas suas formas e dimensões particulares, que segundo um dos principais colaboradores de Elias, Erik Dunning (1992, p.329) seriam: os meios utilizados, os motivos dos atores e os níveis de intencionalidade envolvida e alguns parâmetros sociais que contribuem na distinção das suas formas. E ainda que a violência está relacionada a ação de pessoas na interdependência.

Apesar de alguns sociólogos fazerem a diferenciação por tipos ideais, é melhor conceitualizá-las em termos de polaridades e equilíbrio inter-relacionados. Assim vale ressaltar que Dunning (1992, p.330) fez algumas propostas para modificações de alguns aspectos da tipologia de ação defendidas por Weber, com as seguintes distinções:

- 1) Se a violência é real ou simbólica, isto é, se apresenta a forma de uma agressão direta ou envolve simplesmente atitudes verbais e n/ou não verbais;
- 2) Se a violência apresenta a forma de um jogo ou simulação ou se ela é séria ou real. Esta dimensão pode também ser apreendida através da distinção entre violência ritual ou não ritual;
- 3) Se uma arma ou armas são utilizadas ou não;
- 4) No caso de as armas serem utilizadas, se os atacantes chegam a estabelecer contato direto;
- 5) Se a violência é intencional ou a consequência acidental de uma sequência de ações que, no início não tinha a intenção de ser violenta;
- 6) Se se considerar a violência iniciada sem provocação ou como sendo uma resposta, em retaliação a um ato intencionalmente violento, ou sem a intenção de o ser;
- 7) Se a violência é legítima no sentido de estar de acordo com as regras, normas e valores socialmente prescritos ou se não é normativa ou ilegítima no sentido de envolver uma infração dos padrões sociais aceites;
- 8) Se a violência toma uma forma racional ou afetiva, isto é, se é escolhida de modo racional com um meio de assegurar a realização de um objetivo dado, ou subordinada a um fim em si mesmo emocionalmente satisfatório e agradável. Outra forma de conceptualizar estas diferenças seria distinguir entre a violência nas suas formas instrumentais e expressivas.

No Brasil, desde a década de 80, a figuração de profissionais da área da saúde e defensoria dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados pelo movimento feminista e intensificado nas décadas seguintes, passaram a investigar formalmente denúncias de violência obstétrica. Já no ano de 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em sua carta de fundação, parte do reconhecimento das circunstâncias da violência e constrangimento em que ocorre a violência.

O que para a Fundação Perseu (2010) a violência institucional é um grave problema de saúde no Brasil, estando frequentemente presente no processo de assistência e atenção ao pré-

parto, parto e/ou pós-parto e abortamento. Vale ressaltar a contribuição para a visibilidade da violência obstétrica pela pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC, intitulada *Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Públicos e Privado*¹, estudo em que se evidenciou que uma em cada quatro mulheres afirmaram ter sofrido maus-tratos durante o parto. Os dados foram coligidos em 25 hospitais de 176 municípios espalhados pelo país, apontaram que cerca de 25% das mulheres sofreram violência durante o atendimento ao parto, dentre as violências destacam-se: “negação ou não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor (10%); exame de toque de forma dolorosa (10%); não receberam informação sobre algum procedimento realizado (9%); gritos ao ser atendida (9%); negação de atendimento (8%); e ofensas ou humilhações (7%)” (VENTURI et al., 2010, p. 173).

E ainda considerou-se, para a discussão das representações individuais e coletivas presentes neste cenário, partiu-se da compreensão da ação social disposta na obra “Fundamentos da Sociologia Compreensiva” publicada por Aron (2005), legado dos escritos de Max Weber (2000) sobre “Economia e Sociedade”, onde a Sociologia é uma ciência que busca compreender a ação social de forma interpretativa e, portanto, explicar causalmente sua realização e seus efeitos.

Portanto, a produção da violência obstétrica, levanta numerosos problemas complexos, compreendidos por meio do desenvolvimento dos aspectos relevantes da teoria do processo civilizador. Desta forma, buscou-se aprofundar a teoria de Norbert Elias, através da especificação desse tipo de violência, demonstrando a transformação observável nas formas de controle social, no sentido sociológico, referindo-se as formas diferentes das relações que são socialmente produzidas.

A violência assume formas específicas e faces estruturais, sendo que um dos pontos importantes é que, se trata de um processo que envolve múltiplas mediações, e nunca isoladamente; e outro é que, o caráter eminentemente humano-social da violência na medida em que envolve pessoas cuja individualidade está inscrita em uma sociabilidade, ou seja, compreendendo condições objetivas e subjetivas.

1.2 A VIVÊNCIA DAS MULHERES AMAZÔNIDAS À CERCA DO PARTO

O Brasil é referência mundial pelo polimorfismo cultural, complexidade e diversidade

¹ No que tange aos maus tratos durante o atendimento ao parto, cerca de 01 a cada 04 mulheres totalizando o percentual de 23% ouviram frases humilhantes, como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal para neném, ele vai nascer surdo” (5%) (VENTURI et al., 2010, p. 177).

de etnias e povos tradicionais, concentradas na maior parte na região Amazônica, fonte de recursos naturais, espaço de construção e transformações de conhecimentos ancestrais, cultura e saberes.

Na história da parturição no Brasil, as chamadas “aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas” assistiam domiciliarmente as mulheres no processo gravídico, do parto aos cuidados até o pós-parto e em suas implicações. Detinham o saber empírico, sendo consultadas/solicitadas para vários assuntos, desde os cuidados com o corpo, doenças venéreas, aborto e infanticídio.

Segundo Matos (2015, p.82) é no avançar do processo social, que a racionalidade humana voltou-se para o domínio da natureza, em busca de benefícios, diferente dos grupos indígenas que mantinham e mantiveram o meio ambiente como fonte primária para a sobrevivência, mas na perspectiva de interação. Matos defende que no processo de integração as mudanças vão ocorrendo, a exemplo da mobilidade mais rápida, do aumento do conhecimento. Relata que o Governo orienta para que casais dirijam-se à sede do município em busca de acompanhamento no pré-natal e parto.

Assim, as parteiras vão perdendo seu valor e função nas comunidades, pois os procedimentos passam a ser nos hospitais, mudando a forma e a técnica para o parto, antes de cócoras agora na posição deitada. Matos ainda retrata que ao não seguir as regras estabelecidas pelo Governo, as mulheres perdem benefícios sociais, e que os remédios caseiros cederam espaço aos remédios laboratoriais, perderam sua posição, porém não deixaram de ser usados.

A importância de se compreender a Amazônia, suas especificidades culturais, étnicas, históricas, econômicas e sociais, envolvendo os indivíduos e grupos, seus modos de existência, as inter-relações e as relações estabelecidas, e ainda buscar preservá-la como patrimônio cultural imaterial, onde os bens culturais de natureza imaterial estão relacionados às práticas e domínios da vida social que se manifestam em saberes, ofícios e modos de fazer.

Neste sentido, relevada a importância de se compreender a assistência ao parto desenvolvido pelas parteiras na região amazônica; conhecer as atividades desenvolvidas por parteira na assistência ao período gravídico e relacionar as suas contribuições no processo de conscientização das gestantes e seus familiares.

1.2.1 Aspectos históricos das parteiras no Amazonas

As simbologias em torno das parturientes nos períodos gestacional e do saber da parteira vão passar por mudanças significativas em diferentes períodos da história da

humanidade. Assim, desde a Antiguidade, consta nos relatos bíblicos (Êxodo 1, 15-22) que as parteiras aparecem quando o Faraó no Egito ordenara as parteiras Sifrá e Fuá a matar os recém-nascidos do sexo masculino no povo hebreu, mas as parteiras desobedeceram às ordens do Faraó.

As parteiras, na Idade Média, eram perseguidas pela Igreja, também chamadas de bruxas e feiticeiras. E na Europa do século XVIII, o hospital era considerado uma instituição da salvação da alma, em que segundo Michel Foucault o personagem ideal do hospital não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, assim as pessoas trabalhavam para conseguir sua própria salvação e não estavam ali para realizar a cura do doente.

Somente a partir da última metade do século XIX as parteiras foram incorporadas ao sistema médico, enfrentando resistência por parte dos médicos e desempenhando várias atividades nas suas comunidades. Del Priore (1995) na obra *Ao sul do corpo* retrata a condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia, relatando que até o advento da medicina moderna, as mulheres pariam em casa com a ajuda das parteiras. Os assuntos a respeito de gravidez, partos e o cuidado com as crianças eram fazeres essencialmente da mulher: “o parto era um momento de solidariedade entre mulheres que contavam com a ajuda das parteiras, chamadas de ‘aparadeiras’ ou ‘comadres’”.

No estado do Amazonas em relação a atenção à saúde das mulheres, o serviço de parteira tem seus registros, especialmente devido às distâncias entre os municípios e a cidade de Manaus, escassez nos serviços de saúde pública e a falta de profissionais de saúde nas comunidades.

Na Universidade de Manáos, na cidade de Manaus, haviam os cursos de Ensino Superior, dentre eles, o Curso de Parteira. Somente a partir década de 70 até a atualidade, o sistema de saúde pública ofereceu treinamentos às parteiras, nos quais elas aprendiam os cuidados para a assistência ao parto. O cuidado com a saúde da mulher estava associado aos cuidados do corpo, principalmente com seus órgãos reprodutores. E assim, na sociedade, o controle do corpo surgiu na diferença entre o homem e a mulher, o corpo teria que seguir as regras descritas pela ordem social e moral.

A parturição era atividade mais antiga da história, em que as parteiras sempre desempenharam um papel fundamental, principalmente em serviço de atendimento às famílias de comunidades rurais, onde o único meio que existia para a assistência à mulher na hora do dar à luz era através do parto domiciliar assistido por parteiras. Eram vistas como mulheres detentoras do saber do partejo e das práticas religiosas, ou seja, através das rezas pedem proteção a Deus e a Nossa Senhora do Bom Parto para que o parto rápido e sem dor.

De acordo com NASCIMENTO, K. et all (2009) as parteiras eram mulheres com pouca formação escolar, de meia idade, analfabetas, e na maioria eram casadas ou viúvas. A maioria eram trabalhadoras rurais, pobres e de pouco recurso financeiro.

Nas sociedades rurais e urbanas, as parteiras detinham o conhecimento do parto e de curar as doenças, saberes aprendidos na informalidade e transmitidos de geração a geração. O ato de partejar envolve saberes e fazeres que foram aprendidos na prática de assistir os partos acompanhando sua avó, mãe e outras parteiras.

1.2.2 As crenças e força religiosa

A Amazônia apresenta uma vasta riqueza de mitos, concepções e crenças, originadas a partir das práticas da medicina popular, sendo que as crenças da Amazônia envolvem influências indígena, africana e católica (MAUÉS,2005).

A prática das parteiras na assistência as parturientes e nascituro é carregada de significados e crenças locais e religiosas. Segundo Toledo e Barrera-Bassols (2015) não existe separação nas crenças, ações e conhecimentos entre as parteiras, pois elas constroem suas representações relativas ao adoecer e curar seguindo suas crenças e experiências ao longo da vida.

As crenças de caráter mágico-religioso e os saberes da medicina tradicional influenciam diretamente as práticas das parteiras na Amazônia. A relação de confiança e respeito pelo trabalho desenvolvido pelas parteiras faz com que muitas mulheres das comunidades prefiram ser atendidas por elas. As plantas medicinais são importantes no conforto para as dores do trabalho de parto e amenizam a indisposição e o sofrimento.

Uma das práticas humanas mais antigas, o parto, representa os significados culturais do local e época em que ocorre, mas que através do tempo sofreu transformações, e que, apesar dessas modificações, o nascimento não deixou de ser um ato marcante da vida do ser humano. E assim foi criado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1991, o Dia Internacional da Parteira para homenagear e sublinhar o trabalho desempenhado pelas parteiras no cuidado prestado às mulheres e à vida humana, dia 05 de maio.

Além de acreditar nos poderes da floresta e na importante missão de amar o próximo na sua diversidade, as parteiras são influenciadas pela crença no dom de partejar como ensinamento divino e se utilizam da sua fé em Deus e nos Santos, pedindo através da orações auxílio divino nos trabalhos a serem realizados. Possuem seus altares com imagens e figuras de Santos, enfeitados com fitas, serpentina e velas. A comunidade expressa seu respeito, afeto

e reconhecimento, é comum também o pedido de “benção madrinha” para as parteiras ao que elas respondem “Deus te abençoe, Deus te dê sorte, Deus te dê saúde!”

1.2.3 Atividades desenvolvidas pelas parteiras As crenças e força religiosa

A complexidade das atividades desenvolvidas pelas parteiras nas comunidades reflete a importância de suas ações dessas mulheres nas suas comunidades. Na Amazonia, essa sabedoria é reproduzida, num cenário de longa multifacetada pesquisa empírica feita pelos seus habitantes (HORÁK,2015).

As parteiras utilizam-se de estratégias singulares para garantir seus serviços durante a gestação, parto e pós-parto. Seus saberes resultam de suas histórias e experiências transmitidas de seus ancestrais, como parto domiciliar, cortar umbigo, rezas, puxações durante a gestação, e se refere a um tipo de massagem específico feito para colocar a criança na posição correta ou colocar algum músculo ou osso no lugar, acompanhamento durante os primeiros dias de puerpério, e outras necessidades da comunidade em que estão inseridas.

No atendimento a parteira mede a barriga da gestante com uma fita métrica para saber o período da gravidez e o tamanho do feto, observa os olhos para ver se há sinais de anemia, examina as pernas verificando o grau de inchaço, procura saber se há relato de dores de cabeça, tonturas, observa a carteira de vacinação e dar as orientações do pré-natal, as transformações do corpo e emoções, conscientizando da necessidade de preservação da saúde do bebê, e massagens nos seios para estimular uma boa amamentação.

A figuração de relação de interdependência afetiva onde há evidência de uma identidade, onde a vida depende dessa concepção do natural, social e prática cultura ao passo que na sociedade complexa a relação se tornou mais mecânica e o parto uma forma de estatística. A figuração é profissional e econômica, onde a relação afetiva com a parturiente é fragilizada pela forma como são formado os profissionais.

Para Maldonado (1976, p.101) o parto é um processo psicossomático onde as características são determinadas por várias facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente. Em que a autora propõe a Intervenção Psicológica Educacional (IPE) que visa conjugar as técnicas tradicionais, como informações e exercícios de sensibilização corporal, relaxamento, respiração etc. Com aspectos psicoterápicos de grupo. O parto em casa, permite diversas vantagens como conforto, autonomia, privacidade e principalmente liberdade de movimento.

Ao passo que para Schallman (2012, p. 138), um elemento fundamental das relações

entre mulheres é a sororidade. A palavra “soro” vem do latim que significa “irmã”, o equivalente da palavra fraternidade, da união entre irmãos, e que aflora em momentos e situações de extrema angústia. É solidariedade mulhermulher, que se manifesta através de companhia, cuidado ou ajuda de forma desinteressada com profundo sentimento de irmandade. A vantagem de contar com uma parteira nas proximidades faz com que muitas mulheres decidam ficar em casa, confiantes e seguras com uma mulher nos cuidados.

Das contribuições no processo de conscientização das gestantes e seus familiares. a parteira abriga diversas práticas de como cuidar da gestante e do nascituro em domicílio, durante o resguardo e com suas orientações e restrições com os devidos cuidados do corpo, da alimentação, da relação sexual, amamentação e cuidados com a criança.

Segundo a OMS apud Carvalho; Chacham; Viana (1998, p.874) em relação a organização das parteiras, no Brasil as parteiras atuam de forma independente, não existe uma regulamentação da profissão, enfrentam dificuldades para a realização do trabalho, por discriminação e falta de apoio dos Estados. Todavia, nos países com baixa taxa de mortalidade materna e perinatal, exemplo a Alemanha e Holanda, consideram importante a contribuição e participação das parteiras na redução desse quadro, através do retorno ao parto humanizado.

Corroborando para que a formação de obstetrizes e parteiras deva ser estimulada, considerando que a pessoa com habilidade de parteira parece ser a profissional de saúde mais adequada para prestar assistência à gestação e nascimentos normais.

O Programa Saúde da Família forma parte de uma estratégia implementada a partir de 1993 por parte do Ministério da Saúde que busca promover a organização de atividades relacionadas com a saúde de um território definido com o objetivo de proteger a saúde de indivíduos, da família e da comunidade por meio de uma equipe de trabalho. Procura criar vínculos de corresponsabilidade entre a população e os profissionais da saúde. Para um aprofundamento maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

As parteiras que costumam se organizar em associações, obtêm benefícios da Secretaria de Saúde do Estado, como materiais para assistência ao parto domiciliar, acompanhamento de saúde bucal, Porém, por falta de recursos econômicos e infraestrutura para os atendimentos, deixaram de existir algumas formas de apoio em serviços de saúde comunitária como educação sobre alimentação sadia, controle de peso e valoração do estado nutricional de crianças.

Para presta os serviços as parteiras também podem trabalhar com contrato informal, mas por muitos motivos, às vezes, são quebrados, resultando em frustração. Sendo que os

preços são variados, dependendo da situação socioeconômica da família da parturiente. Mas é preciso valorizar também o trabalho das parteiras junto a comunidade. No passado às vezes o valor em favor do trabalho é bastante distinto, e algumas parterias ganhavam algum tipo de presente, outras recebiam dinheiro e havia ainda as que não recebiam nada em troca

Na vida urbana a qualidade de atenção obstétrica, apesar de esforços empreendidos e dos avanços incorporados, permanece na problemática de medicalização exacerbada, de utilização de tecnologias do parto de modo inapropriado e de um aumento significativo das taxas de cesariana no País.

Apesar de terem noção do reconhecimento social, as parteiras enfrentavam dificuldades no exercício dos cuidados na gestação, parto e pós parto, que envolve desde a distância entre suas casas e as das parturientes, a ausência do meio de locomoção, e de apoio de serviço de saúde, a escassez do material para o parto, e ainda, o ambiente de trabalho decadente representava condições adversas ao bom desempenho de suas funções.

De acordo com a SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, mesmo que as parteiras não façam parte do quadro efetivo da saúde, reconhece a importância da história e da atuação das parteiras nas zonas distantes e nas comunidades indígenas, principalmente em locais de difícil acesso, onde há carência de profissionais de saúde. Porém, a invisibilidade do trabalho das parteiras e a falta de regulamentação da sua profissão limitam a sua atuação, somado ao preconceito e ideia de atendimento inferior.

Considera-se necessário mais estudos sobre as parteiras no Brasil, tendo em vista que essa prática perpetuará na história da humanidade, com suas possibilidades de transformações e reconfigurações, pois as parteiras desempenham e sempre desempenharão um grande papel na vida de mulheres que desejam ter esse tipo de parto.

1.3 A QUESTÃO DA RELAÇÃO DE PODER: PROFISSIONAIS E PACIENTES

Elias ampliou a noção de poder, estendendo nas relações de forma mais abrangente, as relações de poder se dão devido a interdependência das relações humanas, desde o ciclo familiar até o lazer.

A teoria de processos civilizadores se fundamenta na concepção do monopólio de poder pelo Estado, pela centralização do exercício da força física e da cobrança de impostos – poder militar e poder econômico. Assim, Elias nos mostra (1993), a formação do Estado obrigou as pessoas a conviverem juntas. Assim, nas relações de interdependência o poder é um atributo dessas relações, onde o equilíbrio de poder está presente onde houver

independência funcional entre pessoas. (ELIAS,1980:81). Aquele que depende mais do outro está no lado baixo do poder.

O exercício do poder para Elias pressupõe controle preponderante de um grupo social sobre coisas, pessoas, objetos, e assim representa uma relação para ser um atributo destas relações que se mantêm num equilíbrio instável de forças (SALLAS,2001, p. 219), onde a característica principal é a interdependência.

“Num ambiente relativamente estável, o código de conduta mais sofisticado e o maior grau de autocontrole costumam associar-se a um grau mais elevado de disciplina, circunspeção, previdência e coesão grupal. Isso oferece recompensas sob forma de status e poder. (ELIAS e SCOTSON,2000:171)

Elias (2006, p.25) considera a relação social configurada em sujeitos em interdependência e somente os seres humanos formam configurações uns com os outros. E o exercício do poder pressupõe-se controle preponderante de um grupo social sobre coisas, pessoas, objetos, e assim representa uma relação para ser um atributo destas relações que se mantêm num equilíbrio instável de forças (SALLAS, 2001, p.219), onde a característica principal é a interdependência.

Inúmeros estudos antropológicos retratam mulheres, em várias culturas, oprimidas pelos homens, o que revelaria uma constante cultural explicada pela materialidade do corpo que justificaria a dominação masculina e a opressão feminina. E ainda, é preciso retomar as principais proposições de algumas vertentes teóricas da psicologia direcionadas aos estudos da violência, cujos alguns dos principais representantes são Freud e Foucault.

Sustentado em Elias, compreende-se que o poder não é vitalício, ele está nas relações sociais e o contexto atual implica dizer que o poder não está mais tão desequilibrado, isto é, só em favor do profissional da saúde, quer seja homem ou mulher. Da mesma forma, à medida que avança a concepção de um parto humanizado, sinaliza a marca do processo civilizador no sentido, cada vez mais, da sensibilidade frente a dor do outro ou da submissão ao poder do outro.

A exemplo, os dados são alarmantes em relação a violência obstétrica no que se refere aos serviços prestados e dificuldades nas gestões de saúde, onde há influência da cultura de estigmatização da gestante e utilização do saber e do poder numa relação característica de interdependência funcional, a relação profissional-paciente, sendo a mulher-parturiente submetida a condição de subserviência.

Segundo Elias apud Matos (2015, p. 98) a vida dos seres humanos em comunidade

certamente não é harmoniosa (ELIAS, 1994, p.20), não somos certamente bons uns com os outros. E que a convivência em sociedade a maioria das pessoas não se reconhece que existe uma ordem não perceptível pelos sentidos, é oculta, porque cada indivíduo tem seu determinado lugar (ELIAS 1994, p.21). A exemplo, famintos, sem teto fazem parte de uma ordem oculta, pessoas que exerceram algum tipo de renda ou função, que ao passarem pela rua essa função passa juntos com ela, logo o que existe é uma ordem invisível entre as pessoas, que é chamada de rede de funções interdependentes pela qual as pessoas estão ligadas entre si tendo peso e leis próprias.

Nas relações de interdependências humanas (Elias, p.147) traz o questionamento do que faz com que as pessoas sejam dependentes umas das outras? Procuramos os outros para a realização de toda uma gama de necessidades emocionais. As pessoas ligam-se emocionalmente umas às outras por meio de símbolos, o que não é menos significativo da interdependência humana do que as ligações criadas. Assim, Elias defende que as valências emocionais que ligam as pessoas, quer diretamente por meio de relações face a face, quer indiretamente pela sua ligação de símbolos comuns, constituem um nível à parte de ligações.

A consciência alargada do “eu e nós”, retrata a afeição dos seres humanos por grandes unidades sociais, muitas vezes é intensa como seria por uma pessoa amada, e assim, o indivíduo que formou esta ligação será tão atingido quanto a unidade social. A relação de interdependência afetiva, onde há evidência de uma identidade “nós”, em que a vida depende dessa relação entre concepção natural, social e práticas culturais. O que na sociedade complexa as relações se tornam mais mecânicas, e a exemplo do “parto” se torna estatística representando uma configuração “profissional e econômica”.

CAPÍTULO II – PERSPECTIVAS DAS CATEGORIAS: PROCESSO CIVILIZADOR, FIGURAÇÃO, PROCESSO SOCIAL E PODER

“Diz-se que um homem nasceu no instante em que aquilo que no âmago do corpo materno era apenas um visível virtual se faz simultaneamente visível para nós e para si” (Merleau-Ponty, 2013, p.26)

Nesta seção serão apresentadas perspectivas para a discussão dos dados coletados durante a execução da pesquisa, considerando atualizá-los com os novos movimentos e fatos ocorridos na cidade e no local de realização, incluindo aspectos etnográficos da cidade de Manaus, retratando assim a realidade local. Versará ainda, sobre os reflexos da COVID19 no atendimento a parturientes na cidade de Manaus, seguida pelas categorias dos dos protocolos assistenciais na Maternidade cidade Nova Dona Nazira Daou, as experiências no pré-parto(TP), parto(P) e pós parto(PP): violência ou não? e a categoria que tratará das implicações psicossociais representada no estudo.

Torna-se relevante apresentar inicialmente aspectos etnográfico, visto que a Amazônia germina de uma heterogeneidade singular, região detentora de um imenso patrimônio biológico e cultural. A grande variedade étnica e cultural de que ocupam seu território. Segundo Ferreira (2016, p.38), da diversidade sociocultural é visível na composição do modo de vida de vários segmentos sociais, em que pode-se incluir a cultura das parteiras².

Conforme dados do IBGE (2014) Manaus foi criada no século XVII para demonstrar a presença lusitana e fixar domínio português na região amazônica, que na época já era considerada posição estratégica em território brasileiro. O núcleo urbano, localizado à margem esquerda do Rio Negro, teve início com a construção do Forte da Barra de São José, idealizado pelo capitão de artilharia, Francisco da Mota Falcão, em 1669, data que foi convencionalizada a usar como o nascimento da cidade.

E ainda consta nesta fonte que a Amazônia, de posse espanhola pelo Tratado de Tordesilhas, em 1494, manteve-se inexplorada até o século XVI, quando se tornou alvo de interesse de holandeses, franceses, ingleses, irlandeses e, principalmente, de portugueses, que saíram em 25 de dezembro de 1615 de São Luís do Maranhão e chegaram ao Pará, onde em 1616, instalaram na baía do Guajará o Forte do Presépio, nome que fazia referência ao dia da

² Doulas, mulheres com habilidades para oferecer apoio emocional e físico, durante e após o parto. Fornece informações e auxilia a gestante (ou casal) na preparação do parto e puerpério, contribuindo para que a mulher possa se empoderar, resgatar e fortalecer sua confiança no processo natural de parir;

saída do Maranhão.

Desta forma, ocuparam a hoje cidade de Belém e a denominaram de Santa Maria de Belém, cuja função era controlar toda a região da bacia amazônica e ocupar as terras de propriedade espanhola. O Estado do Grão-Pará e Maranhão, criado em 31 de junho de 1751, pelo Marquês de Pombal, com sede em Belém, tinha o objetivo de demarcar as fronteiras portuguesas, efetivando o acordo feito com a coroa espanhola em 1750, o Tratado de Madri. Que diferentemente do Tratado de Tordesilhas, que dividia o hoje território brasileiro, fundamentava-se no princípio jurídico de *uti possidetis*, em que “cada parte há de ficar com o que atualmente possui”.

Ao redor do Forte de São José do Rio Negro se desenvolveu o povoado do Lugar da Barra, que por conta da sua posição geográfica passou a ser sede da Comarca do São José do Rio Negro. Em 1755, por meio de Carta régia, a antiga missão de Mariuá foi escolhida como capital, passando a se chamar vila de Barcelos, anos mais tarde a sede foi transferida para o Lugar da Barra, que em 1832 tornou-se Vila da Barra, e em 24 de outubro de 1848, a Cidade da Barra de São José do Rio Negro. No entanto, com a elevação da Comarca à categoria de Província, em 1850, a Cidade da Barra, passou a se chamar em 04 de setembro de 1856, Cidade de Manaus, tornando-se independente do Estado do Grão-Pará.

A partir de 1870, Manaus viveu o surto da economia gomífera, encerrando-se em 1913, em virtude da perda do mercado mundial para a borracha asiática, fazendo com que a cidade retornasse a um novo período de isolamento até o advento da Zona Franca de Manaus, em 1970.

O nome "Manaus" é originado da tribo Manaós, que habitava a região nome que significa "Mãe de Deus", está localizada na região Norte do Brasil e capital do Amazonas, o maior Estado brasileiro, com uma área de 11.401 km² e de clima equatorial é considerada o portão de entrada para a maior reserva ecológica do planeta: a Floresta Amazônica.

Iniciou a sua colonização em 1669, como um pequeno forte em pedra e barro com quatro canhões, chamado Forte de São José da Barra do Rio Negro. Em torno deste forte, nasceu o arraial que deu origem à cidade de Manaus. Em 1833 passa à categoria de Vila, com o nome de Manaus, e em 24 de outubro de 1848 recebeu o título de cidade, tornando-se a Capital da Província do Amazonas.

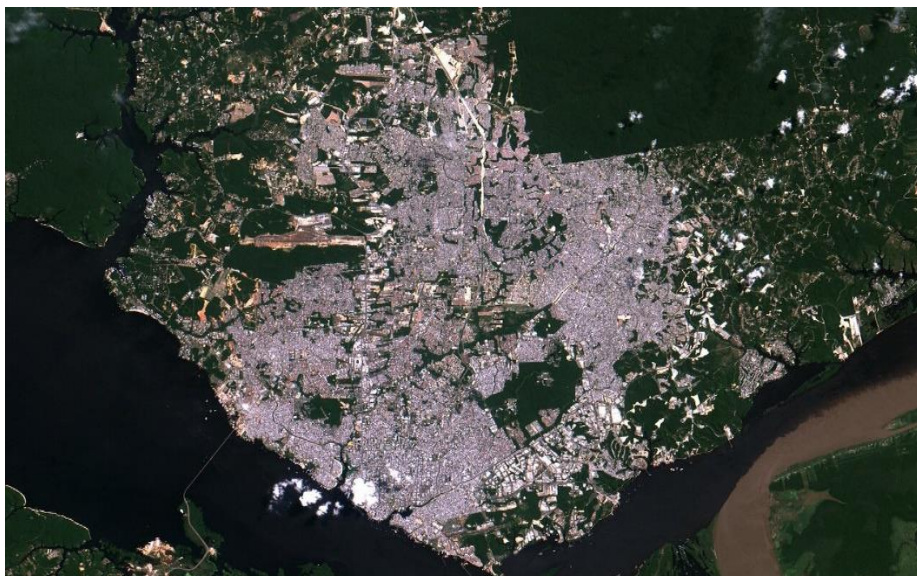


Figura 1 - Visão de Satélite da Cidade de Manaus - AM
Fonte: Pesquisa de Campo (Google Maps, 2021).

O Ciclo da Borracha³ marcou o desenvolvimento da cidade. Na atualidade destacam-se o famoso Teatro Amazonas e o Mercado Municipal, construídos com material europeu, em estilo neoclássico e art nouveau⁴. Com o declínio da borracha a solução para que o desenvolvimento regional continuasse, foi a criação da Zona Franca de Manaus em 1967. Manaus ganhou um fluxo turístico muito grande e hotéis foram construídos para formar parte da infraestrutura de atendimento ao turista. Ainda hoje, a Zona Franca é a principal fonte de renda do estado.

Manaus mudou de perfil de forma marcante. Grandes investimentos da iniciativa privada chegaram na cidade graças à vontade política da administração municipal. Essa confiança se traduz hoje em centenas de investimentos espalhados pelas seis zonas geográficas da cidade e refletem a relação de confiança entre a iniciativa privada e a administração pública.

Dos pontos turísticos que marcam a Capital do Amazonas, pode-se visualizar: a Alfândega, um dos primeiros prédios a serem construídos no Brasil com blocos em pedra; o Bosque da Ciência que possui uma grande área rica em vegetação e animais da Amazônia; o Cento de Artes Chaminé que representa um importante espaço para

³ Corresponde ao período da história brasileira em que a extração da matéria-prima - o látex, da seringueira (árvore-da-borracha) e produção e comercialização do produto – a borracha, foram atividades basilares da economia. Ocorreram na região central da floresta amazônica (1879-1912), revigorando-se por pouco tempo entre 1942 e 1945. Proporcionou expansão da colonização, atração de riqueza, transformações culturais, sociais, arquitetônicas e grande impulso ao crescimento da cidade de Manaus/AM e Belém/PA.

⁴ Arte Nova, é um estilo artístico modernista manifestado nas artes plásticas, artes decorativas (cerâmica, vidraria), artes gráficas, arquitetura, escultura e design.

apresentações/exposições de arte; o Centro de Artesanato Branco e Silva onde qualquer produto tipicamente regional, poderá ser encontrado. É possível acompanhar a produção de peças e não esqueça de provar da deliciosa culinária local; o Centro Cultural Palácio Rio Negro, que por muitos anos, foi sede do Governo Estadual, atualmente é palco de exposições, shows musicais e teatro. O Encontro das Águas, cuja explicação pode estar nos fatores de densidade, temperatura e velocidade muito diferenciados entre o Rio Solimões (uma água barrenta) e Rio Negro (água escura), que formam o Amazonas; a Igreja de São Sebastião, construída em 1888; a Igreja Matriz de N. Sra. Da Conceição, construída em 1695 e que é a primeira igreja construída em Manaus. Possui seis sinos de origem portuguesa; o Jardim Botânico - Adolpho Ducke onde existem trilhas com guias, biblioteca, exposições, educação ambiental, produção de mudas; o Mercado Municipal "Adolfo Lisboa" uma réplica do mercado em Paris "Les Halles", principal porta de entrada na cidade da produção pesqueira e rural do estado.

A história e modernidade que Manaus, canto e a exuberância natural, convivem harmoniosamente, acompanhando as exigências do seu tempo, e preparada para receber visitantes de qualquer procedência, seja qual for o objetivo, a negócios ou a lazer.

2.1 REFLEXOS DA COVID-19 NO ATENDIMENTO A PARTURIENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), diante da infecção humana SARS-CoV-2 causada pelo novo Coronavírus, com letalidade variável conforme país, e ainda que há evidências de que pessoas idosas e com comorbidades crônicas são as que apresentam maiores complicações segue de acordo com a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde de importância internacional decorrente da COVID19⁵.

O SARS-CoV-2 é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória, detectado pela primeira vez em Wuhan - China em dezembro de 2019. Muitos pacientes no início do surto em Wuhan tinham algum vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. Porém, fato é que, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de

⁵ Novo Coronavírus (2019-nCoV) junção de letras que se referem a (co) rona (vi)rus (d) sease, o que significa doença do coronavírus. O número 19, significa o ano 2019, quando os primeiros casos foram registrados no Brasil.

animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. Logo, o coronavírus pertence a uma grande família de vírus, comuns em diferentes espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcego, porém raramente os coronavírus podem infectar humanos e depois se disseminar entre pessoas, como o que ocorre na Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e na Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS).

Ainda segundo a OMS os sinais e sintomas da COVID-19 mais comuns incluem: febre, tosse e falta de ar. No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos podem incluir: dor de garganta, diarreia, anosmia (incapacidade de sentir odores) ou hiposmia (diminuição do olfato), mialgia (dores musculares, dores no corpo) e cansaço ou fadiga. Nos idosos podem apresentar um quadro diferente de sinais e sintomas do apresentado pelas populações mais jovens, como, ausência de febre. Ao que para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, cansaço e tosse seca., porém alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente.

De acordo com a OMS, algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves. A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente. Pessoas de todas as idades que apresentam febre e/ou tosse associada a dificuldade de respirar/falta de ar, dor/pressão no peito ou perda da fala ou movimento devem procurar atendimento médico imediatamente. É recomendável ligar primeiro para a(o) médica(o) ou serviço de saúde, para que a(o) paciente possa ser encaminhada(o) para a clínica certa.

Sendo que a via de transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas respiratórias, ou seja, expelidas durante a fala, tosse ou espirro; e também pelo contato direto com pessoas infectadas ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhantes com que outros patógenos respiratórios se disseminam. Também, se estudou a possibilidade de transmissão do vírus por meio de aerossóis, ou seja, partículas menores e mais leves que as gotículas, gerados durante manipulação direta da via aérea como na intubação orotraqueal ou em outros procedimentos potencialmente geradores

de aerossóis. Em relação ao período de incubação da COVID-19, o tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é, em média, de cinco a seis dias, porém pode ser de 0 a quatorze dias.

Por toda a realidade exposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) diante do avanço da COVID19 por todos os países, evidenciou que o novo Coronavírus (COVID19) retrata uma Emergência Pública de Importância Internacional e Nacional, pois apresenta-se com diversas variações de sintomas que vão de leves à síndrome respiratória aguda grave e letalidade.

A saúde expressou fortemente as mudanças no arranjo federativo após a Constituição de 1988, e com o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é o político-administrativo, que envolve a transferência de serviços, a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. O que segundo o Art 23 da CF, 1988 os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm a competência comum de cuidar da saúde e assistência pública. E ao abordar as imensas diferenças entre os municípios brasileiros, considerando o contexto de grande heterogeneidade econômica e social, a descentralização de políticas públicas, incluindo as de saúde, podem levar a várias consequências, incluindo o aprofundamento das desigualdades sociais.

Foi necessário assegurar condições adequadas para o fortalecimento da gestão pública, dos mecanismos de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde necessários, independente de seu local de residência. Assim, durante o ano de 2020, os reflexos da COVID19 no Amazonas afetou também o funcionamento da Unidade de Saúde Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou situada na Cidade Nova II na cidade de Manaus, em que medidas preventivas, orientações e recomendações para a prestação dos serviços de saúde sofreram protocolos assistenciais como medidas preventivas.

No Plano de Contingência Nacional para COVID19, o Ministério da Saúde ampliou em 24 de fevereiro de 2020 os critérios para definição de caso suspeito para o novo Coronavírus. E observando o panorama da doença em decorrência do novo Coronavírus (2019-nCoV), a COVID19 em outros países e que a investigação local demanda resposta coordenada envolvendo ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, nas esferas do SUS, no Brasil, o Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) através da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020 que diz:

Art. 1º Declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011;

Art. 2º Estabelecer o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.

Parágrafo único. A gestão do COE estará sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Art. 3º Compete ao COE-nCoV:

I- planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

II- articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;

III- encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN; e

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:

a) o acionamento de equipes de saúde incluindo a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993;

b) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;

c) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;e

d) o encerramento da ESPIN.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Salienta-se que, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde (SUS), que constituem um dado modelo de política de Estado para a saúde que não se encerra no período de um governo.

É importante considerar que as características da federação brasileira retrata desde a primeira Constituição da República de 1891. No entanto, o processo de democratização dos anos 1980 e a Constituição de 1988 trouxeram mudanças importantes para o arranjo federativo brasileiro, diferenciando-o de outros países. Entre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas públicas pode-se destacar:

a) a origem formal há mais de um século, ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 1980;

b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, mas não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política);

c) o grande peso dado aos municípios após a Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos, à descentralização política e tributária e à sua importância nas políticas públicas;

d) a existência de milhares de municípios de pequeno porte no país, com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas;

e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ajudou o Brasil a ampliar sua capacidade de diagnóstico, com a compra de 10 milhões de testes do tipo RT-PCR, que detectam se a pessoa está infectada com o coronavírus causador da COVID-19. E disponibilizou cursos virtuais em português para profissionais de saúde e ajudando a fortalecer, em apoio às ações do Ministério da Saúde do Brasil, a capacidade de vigilância no município de Manaus e no estado do Amazonas – incluindo a contratação de vinte e três enfermeiros, dois profissionais de biotecnologia, quatro farmacêuticos, três biólogos, seis técnicos de enfermagem e nove datilógrafos.

A OPAS também tem disponibilizado ainda uma série de ferramentas para auxiliar os governos na tomada de decisão sobre medidas não farmacológicas, como endurecimento ou afrouxamento das medidas de distanciamento social, inclusive com indicadores e uma calculadora de cenários epidêmicos. E promoveu ações de saúde mental no contexto da pandemia, com informações direcionadas a profissionais de saúde, cuidadores, população em geral, pessoas idosas e população venezuelana migrante.

Com a circulação do novo Coronavírus no mundo, as notificações de novos casos no Amazonas e a importância de reduzir a assimetria de informações no mercado referente aos insumos essenciais para o enfrentamento da emergência de saúde pública, as mudanças sofridas na unidade de saúde foi em observância ao Plano de Contingência Estadual para a COVID19, que apresentou a definição de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser desenvolvida.

A OPAS a pedido da Secretaria de Saúde de Manaus, ajudou a fortalecer as capacidades de contenção e resposta rápida a surtos do município para notificação de casos de COVID-19 e sarampo. Esse trabalho de notificação é fundamental para saber onde os vírus estão circulando e adotar estratégias eficazes, com ações de vigilância, isolamento e, no caso do sarampo, intensificação da vacinação.



Figura 2 –Secretaria de Estado de Saude – SES, Manaus-AM
Fonte: Em Tempo, Divulgação (2020)

Na época da intervenção na unidade da SUSAM, o site do Painel COVID19 atualizado em 21 de agosto de 2020, demonstrava nos registros da Fundação de Vigilância e Saúde (FVS) que nas últimas 24 horas os dados de casos: confirmados ((457), recuperados (373), isolamento domiciliar (13.601), óbitos nas ultimas 24h (02), mortalidade (85,8%), e considerando ainda nesta mesma fonte os casos Confirmados acumulados (114.792), destes os recuperados acumulados (97.385), e internados com COVID (250). Os meses seguintes foram marcados pelo aumento contínuo dos números de casos, internações e óbitos. As formas de enfrentamento e os reflexos da pandemia, Decretos Estaduais e Municipais, que ainda afetam todos os aspectos socio-economia-cultural, a instação no Senado da CPI da COVID, para apurar as ações e inações do governo federal no enfrentamento à pandemia.

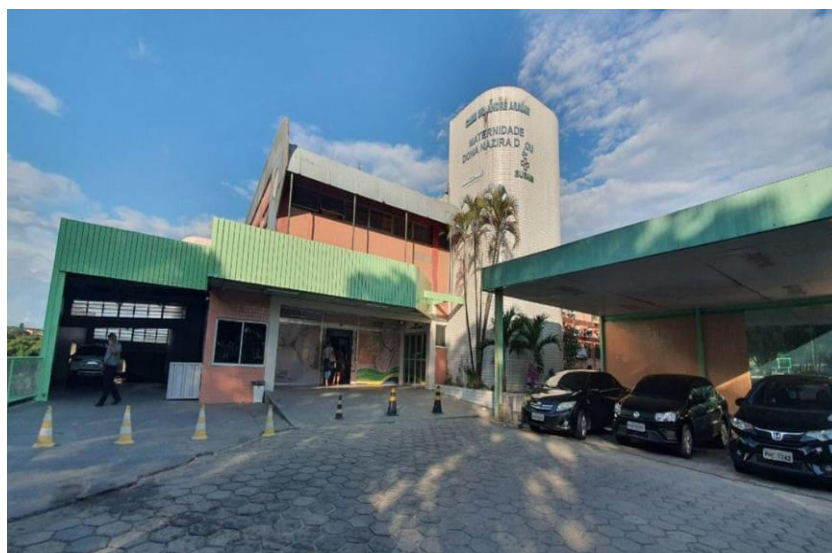


Figura 3 – Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou / Manaus-AM
Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro , 2020)

O locus da pesquisa foi a Unidade da SUSAM, Maternidade Cidade Nova Dona por se destinar ao pronto atendimento de casos ambulatoriais, de urgência e emergências obstétricas e de internação hospitalar da mulher (grávida) e da criança (RN), disponibilizando em tempo integral, os serviços médicos de neonatologia, ginecologia e obstetrícia; serviços de enfermagem e de assistência social; serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos; unidade de neonatologia e serviço de remoções para outras instituições especializadas. É uma unidade, localizada a Avenida Camapuã, nº 108, QD/ 316, Núcleo 09 – Cidade Nova II, CEP 69097-720, CNPJ nº 00.697.295/0017-64, Tel Geral (92) 3649-2650/2680, funcionando 24 horas. Dados relacionados aos registros histórico retratam que a unidade foi inaugurada em 27 de setembro de 2002, sendo a primeira no Brasil a ter certificação internacional da ISO 9001,

além de ser uma das referências no Amazonas no atendimento de pré-natal de alto risco, estando equipada com sessenta e seis leitos de pré-parto, parto e puerpério, possui ainda quatro leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), quatro leitos de UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e outros seis destinados ao programa Canguru, voltados para crianças prematuras, e ainda com ações de saúde não só para a região Norte, mas também para a área indígena dos municípios mais próximos, recebendo clientes de todo o Estado do Amazonas.



Figura 4 – Recepção da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou - Manaus/AM
Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro , 2020)

As notas técnicas foram disponibilizadas nos quadros de aviso da unidade Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, conforme conhecimento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para o conhecimento, conscientização e acompanhamento na prestação dos serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Através das Notas Técnica foram abordadas orientações para os serviços de saúde quanto às medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), o evento é complexo e demanda esforço conjunto de todo o Sistema Único de Saúde para identificação da etiologia dessas ocorrências e adoção de medidas proporcionais e restritas aos riscos.



Fonte: Pesquisa de campo (Jucinara Pinheiro,2021).

A Maternidade Nazira Daou colocou em prática as recomendações das Nota Técnica Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA, atualizada no dia 17/2/20, tratando das orientações para prestação de serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19.



Fonte: <https://www.facebook.com/Maternidade-Dona-Nazira-Daou>

Consta ainda que o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Departamento de Ações Programáticas Estrangeiras, da Coordenação-Geral de Ciclos da Vida e da Coordenação de Saúde das Mulheres, através da Nota Técnica Nº 06/2020 – COSMU/CGIVI/DAPES/SAPS/MS resolve tratar da atenção às gestantes no contexto da

infecção SARS-CoV-2, considerando o espectro clínico diverso, com variações de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave.



Fonte: Pesquisa de campo (Jucinara Pinheiro, 2020).

Na literatura científica, a maioria dos casos descritos trataram de mulheres na segunda metade da gestação e assim até o momento, o SARS-CoV-2 não parece se associar a risco de maior gravidade em gestantes.

E ainda, no dia vinte de março do ano corrente a Diretora Presidente da Fundação de Vigilância e Saúde – FVS/AM, Sra. Rosemary Costa Pinto assinou a Nota Técnica Nº 08/2020, com recomendações aos profissionais de saúde sobre Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) usados na prevenção do COVID19, objetivando orientar os profissionais de saúde quanto ao uso racional nos Serviços de Saúde (luvas, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção, aventais, N95 ou PFF2). Dos quais descrevem as recomendações por serviços, considerando o local, o profissional, o tipo de atividade e a indicação do tipo de EPI's a serem utilizados, assim discriminados:

1. No Serviço de Recepção hospitalar:

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Recepção	Recepcionistas	Contato direto com o paciente	EPI de acordo com as precauções padrão e avaliação de risco.
	Paciente com sintoma respiratório		Manter distância pelo menos de 1 metro, ofertar máscara cirúrgica.
	Paciente sem sintoma	Procura por consulta	EPI não necessário

	respiratório		
--	--------------	--	--

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

2. No Serviço de Triagem hospitalar:

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO DE ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Triagem e/ou classificação de risco.	Profissionais de saúde	Preliminar sem contato direto	Manter a distância de pelo menos 1 metro, EPI não necessário.
		Preliminar com contato direto	Máscara cirúrgica; Proteção ocular; Avental; e Luvas
	Paciente com sintoma respiratório (caso suspeito)	Qualquer atividade	Manter a distância de pelo menos 1 metro e ofertar máscara cirúrgica.
	Paciente sem sintoma respiratório	Qualquer atividade	EPI não necessário

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

3. Na Sala de Espera e consultorios hospitalares:

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO DE ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Sala de espera	Paciente com sintoma respiratório (caso suspeito)	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica, Sala de isolamento ou área separada. Se não é possível, manter distância de pelo menos 1 metro dos demais pacientes.
	Paciente sem sintoma respiratório	Qualquer atividade	EPI não necessário
Consultórios	Profissionais de saúde	Exame físico de pacientes com sintomas respiratórios (caso suspeito)	Máscara cirúrgica Proteção ocular Avental Luvas
	Profissionais de saúde	Exame físico de pacientes sem sintomas	EPI de acordo com a precauções padrão e avaliação de risco
	Paciente com sintoma respiratório	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica
	Paciente sem sintoma respiratório	Qualquer atividade	EPI não necessário

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

4. No Laboratório e demais áreas administrativas do hospital:

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Laboratório	Técnico de laboratório	Manipulação de material respiratório	Máscara N95 Luvas

			Avental Touca (Gorro) Proteção ocular
Áreas administrativas	Todo o pessoal incluindo os da assistência	Atividades administrativas sem contato com o paciente	EPI não necessário
Outras áreas do hospital		Qualquer pessoa que não envolva contato direto com o paciente de COVID-19	EPI não necessário

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

5. Na Enfermagem e/ou UTI

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Leito do paciente	Profissionais da assistência	Contato direto com o paciente da COVID-19	Máscara cirúrgica, Luvas, Aventail impermeável, Touca (gorro), Proteção ocular (mascara facial ou óculos de proteção).
		Com procedimentos geradores de aerosol com COVID-19	Máscara N95, luvas, avental, proteção ocular (mascara facial ou óculos de proteção).
	Profissionais da Higienização		Máscara, luvas específicas, avental, touca(gorro), proteção ocular (mascara facial ou óculos de proteção), botas.
	Visitantes	Entrar em quarto do paciente com COVID-19	Mascara cirurgica, avental e luvas.

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

Observar que na Enfermagem e/ou UTI as visitas devem ser restritas, portanto se a entrada for extremamente necessária, os processos de colocação e remoção dos EPI's deve ser supervisionado por profissionais de saúde devidamente treinado.

6. Medidas em ambiente ambulatorial

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Recepção	Recepcionistas	Contato direto com paciente	EPI de acordo com as precauções padrão e avaliação de risco.
	Pacientes com sintoma respiratório	Procura por consulta	Manter distância de pelo menos 1 metro, ofertar mascara cirúrgica, se tolerada.
	Paciente sem sintoma respiratório		EPI não necessário.
Triagem	Profissionais de saúde	Triagem preliminar sem contato direto	Manter distancia de pelos menos 1 metro, EPI não necessário.
		Triagem preliminar com contato direto	Mascara cirúrgica, proteção, avental, luvas.
	Pacientes com sintomas respiratório	Qualquer atividade	Manter distância de pelo menos 1 metro, ofertar mascara cirúrgica, se tolerada.

	Pacientes sem sintomas respiratório		EPI não necessário.
Consultórios	Profissionais de saúde	Exame físico de pacientes com sintomas respiratórios (casos suspeitos)	Mascara cirúrgica, proteção ocular, avental e luvas.
		Exame físico de pacientes sem sintomas respiratórios	EPI de acordo com as precauções padrão e avaliação de risco.
	Pacientes com sintoma respiratório	Qualquer atividade	Mascara cirúrgica
	Pacientes sem sintoma respiratório		EPI não necessário
Áreas administrativas	Todo pessoal incluindo os da assistência	Atividades administrativas sem contato com o paciente	EPI não necessário

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

7. Medidas para o serviço de remoção de pacientes

LOCAL	PROFISSIONAL	TIPO ATIVIDADE	TIPO DE EPI
Serviço de remoção do paciente	Profissional de saúde	Transporte de paciente suspeito de COVID-19 para uma unidade de saúde de referência	Mascara N95, luvas, touca(gorro), avental impermeável, proteção ocular
		Com procedimentos geradores de aerosol com COVID-19	Mascara N95, luvas, avental, proteção ocular (mascara facial ou óculos de proteção)
	Motorista	Responsável apenas por dirigir, em compartimento separado do paciente.	Manter distância de pelo menos 1 metro, EPI não necessário.
	Motorista	Auxilia na mobilização do paciente suspeito	Máscara N95, luvas, touca (gorro) avental impermeável, proteção ocular.
	Motorista	Sem contato direto com paciente, mas sem separação da direção com o paciente.	Máscara cirúrgica
	Paciente suspeito	Transporte para unidade de saúde de referência	Máscara cirúrgica
	Profissionais da Higienização	Após e entre transportes de paciente suspeito	Mascara cirúrgica, luvas específicas, touca (gorro), avental impermeável, proteção ocular e botas.

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

8. Os serviços de farmácia serão responsáveis pela confecção de Kit`s de acordo com o tipo de atividade e tipo de EPI com a finalidade de racionalizar o uso.

9. Sequência de utilização dos EPI's:

9.1 Colocação	1. Avental 2. Máscara 3. Óculos
---------------	---------------------------------------

	4. Luvas
9.2 Retirada	1. Luvas 2. Óculos 3. Avental 4. Máscara

Fonte: adaptado Organização Mundial da Saúde (OMS) – 2019

10. É obrigatório a lavagem das mãos antes e após o manejo do paciente, de acordo com os protocolos estabelecidos.

11. O descarte dos EPTS deve ser realizado em local apropriado, indicado pela instituição de saúde, no caso,

Colocou-se para maiores esclarecimentos os contatos:

Nome	Contato(s)
Gerência de Vigilância de Doenças Transmissíveis (GVDT/DVE-AM)	(92) 3182 8518/ 99417 0447 E-mail: notificacao.dve@gmail.com
Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/FVS/AM Estadual)	(92) 3182 8534/ 999671 1499 E-mail: cievsam@gmail.com
CIEVS-Manaus	(92) 3214 7711/ 3216 7737/ 98818 4361 E-mail: cievs.manauas@pmm.am.gov.br ou manauas\2cievs@gmail.com
o LACEN/FVS-AM	(92)98427 5426/ 98427 9331 E-mail: lacen@fvs.am.gov.br

Além das precauções padrão, devem ser implementadas por todos os serviços de saúde:

a) Precauções para contato - Precauções para gotículas, que tem tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal.

b) Precauções para aerossóis (em algumas situações específicas) os aerossóis são partículas menores e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório.

Fazendo observação de que alguns procedimentos realizados em pacientes com infecção pelo SARS-CoV-2, podem gerar aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc. Para esses casos, as precauções para gotículas devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis.

Considerando a Nota Técnica publicada pelo MS em 26 de abril de 2021, que incluiu a

categoria de mulheres gestantes e puérperas nos grupos prioritários da vacinação contra a COVID19, levou a ação da Defensoria Pública do Amazonas (DPE-AM) que ingressou com pedido de liminar requerendo que a Prefeitura de Manaus, por meio da SEMSA, procedesse a “inclusão imediata e total de todas as grávidas e puérperas, com e sem comorbidades, no grupo prioritário de vacinação contra a COVID19”, em resposta a decisão:

"(...) Assim, encontrando plausibilidade nos argumentos da requerente (DPE), delibero que a SEMSA adote as seguintes providências:

a) quanto a grávidas e puérperas, mantenha seu entendimento inicial e observe as recomendações das autoridades competentes quanto à suspensão do uso do imunizante ASTRAZENECA/FIOCRUZ,

b) dê prosseguimento imediato (a partir de 26 de maio de 2021) à vacinação de todas as gestantes e puérperas, com ou sem comorbidade, com o uso dos imunizantes disponíveis exclusivamente CORONOVAC ou PFIZER, os quais os dados técnicos afirmam que não apresentam qualquer restrição, conforme item 2.8. da própria Nota Técnica 651-2021-MS, exigindo-se apenas apresentação de documento que comprove a gravidez, podendo ser exame de sangue, ultrassonografia ou caderneta da gestante. Para as puérperas as exigências são as mesmas."



Fonte: Divulgação DPE-AM

O pedido de liminar foi feito em ação conjunta de órgãos de controle que tramita na Justiça Federal com o intuito de assegurar a legalidade, regularidade, isonomia e transparência do processo de vacinação contra a Covid-19, em Manaus. A petição é assinada pelos coordenadores dos núcleos da Criança e do Adolescente (Nudeca), defensora pública Juliana Lopes, de Defesa da Mulher (Nudem), defensora pública Carol Braz, e da Saúde (Nudesa), defensor público Arlindo Gonçalves. No pedido, a Defensoria destaca “a gravidade e aumento do risco de morte imposto às gestantes, puérperas, lactantes e, conseqüentemente aos nascituros”.

A humanidade desenvolve transformações contínuas nos aspectos cognitivos e comportamentais, a capacidade de adaptação desde a continuidade da formação profissional, das práticas, da promoção de ações coletivas que colaborem efetivamente para prevenção e aumento da potência das pessoas nas práticas de saúde.

Há muito para aprendermos sobre a transmissibilidade, a gravidade e outros recursos associados ao SARS-CoV-2 e as investigações estão em andamento em todo o mundo. A vacina já existe vacina disponível no Brasil para prevenir a infecção pelo SARS-CoV-2, mas o melhor é a conduta para a prevenção da doença causada por esse vírus, adotando ações para impedir a sua disseminação do microrganismo novo num mundo moderno e que novos estudos estão sendo publicados periodicamente.

Assim, as Notas Técnicas de orientações são mínimas e devem ser seguidas por todos os serviços de saúde, porém, os profissionais de saúde e os serviços de saúde brasileiros podem determinar ações de prevenção e controle mais rigorosas. As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

A Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou em relação a realização de laqueaduras obedece aos critérios do Programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde e que os interessados devem portar encaminhamento para cirurgias eletivas e que já tenham passar por avaliação da equipe multiprofissional da Rede Básica de Saúde, exceto para casos não eletivos, urgências obstétricas de alto risco. Portanto, a Unidade está realizando cirurgias nos fins de semana para compensar os quatro meses que ficaram sem essa atividade por causa da pandemia do COVID-19. O Projeto Família Planejada⁶ foi lançado em 2020. O Ambulatório da Maternidade Nazira Daou funciona para abertura de processos nos dias de segunda, terça e quinta-feira, as 07 horas da manhã (12 fichas) e as 13 horas (12 fichas), passando por reestruturação com as demais unidades que são cadastradas para esse tipo de serviço para agilizar ainda mais a realização das laqueaduras.

Vale ressaltar que informações em relação a COVID no Brasil são obtidas em três sistemas: e-SUS Notifica, Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) e o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Segundo registros em 23 agosto de 2021, a Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP) da Fundação de Vigilância em

⁶ O Governo do Amazonas lançou na Maternidade Nazira Daou, que é referência em Planejamento Reprodutivo na rede estadual de saúde. Pelo Projeto Família Planejada, a Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM) objetiva reduzir o tempo de espera das mulheres que aguardam laqueadura na rede pública.

Saúde do Amazonas, por meio do Boletim Diário de Covid-19, edição de nº 506, informou o diagnóstico de 88 novos casos de Covid-19, totalizando 423.146 casos da doença no estado. Foram confirmados 4 óbitos por Covid-19, elevando para 13.656 o total de mortes. O boletim acrescentou ainda que 45.973 pessoas com diagnóstico de Covid-19 estão sendo acompanhadas pelas secretarias municipais de saúde, o que corresponde a 10,86% dos casos confirmados ativos. E da Rede de Assistência, os casos confirmados de Covid-19 no Amazonas, internados em Manaus há 195 pacientes, sendo 86 em leitos clínicos (2 na rede privada e 84 na rede pública), 109 em UTI (18 na rede privada e 91 na rede pública).

Há ainda outros 22 pacientes internados considerados suspeitos e que aguardam a confirmação do diagnóstico. Desses, 16 estão em leitos clínicos, sendo 1 na rede privada e 15 na rede pública, 3 estão em UTI na rede privada e 3 em sala vermelha. O boletim consta, também, que há outros 19 pacientes internados com Covid-19, na rede pública de saúde do interior do estado, conforme informado pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM). São 3 em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e 16 em leitos clínicos. Em Manaus, foram notificados 646.567 casos, enquanto no interior do estado, o número chega a 531.077. Já nos Municípios, dos 423.146 casos confirmados no Amazonas até o dia 23/08/2021, 201.975 são de Manaus (47,73%) e 221.171 do interior do estado (52,27%). A capital, Manaus, tem 39 novos casos confirmados. No interior, os 12 municípios que têm casos novos registrados são Itacoatiara (14), Canutama (7), Borba (6), Manaquiri (6), Urucurituba (5), Careiro (3), Iranduba (2), Presidente Figueiredo (2), Coari (1), Parintins (1), Tabatinga (1) e Tapauá (1). Dos óbitos, entre as vítimas em Manaus, há o registro de 9.412 óbitos confirmados em decorrência do novo coronavírus. Enquanto no interior, são 61 municípios com óbitos confirmados até o momento, totalizando 4.244. A lista inclui novos óbitos em: Manaus (3) e Tapauá (1). Medidas preventivas contra a Covid-19 - O uso da máscara de proteção facial, manter a distância entre as pessoas, lavagens das mãos com água e sabão ou a utilização de álcool em gel e a adesão do grupo prioritário na Campanha de Nacional de Vacinação contra a Covid-19, são as recomendações consideradas fundamentais no controle da circulação do vírus SARS-CoV-2, que é parte da realidade presente.

2.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL NA MATERNIDADE DONA NAZIRA DAOU

A Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM⁷), como todo órgão institucional, a foi

⁷ Os anos de reorganização estrutural foram entre 1955 e 1991, em que dados do histórico da SUSAM remetem a Lei nº 12 de 09/05/1952, publicada em Diário Oficial de 09/05/1953, criando a Secretaria de Educação,

criada dentro de um contexto e realidade social e precisou acompanhar o processo de mudanças das ações de saúde e preceitos federais. A instituição foi se adequando dentro da realidade do Estado do Amazonas, passando por vários processos de reestruturação do seu organograma a partir de 1955.

A pretensão é um modelo de atenção que através da Rede Materno Infantil (RMI) ofertar um modelo de atenção que ampla e fortalece a assistência às grávidas e às crianças até o segundo ano de vida. Esta rede foi proposta frente as altas taxas de mortalidade materna e infantil, pois se enxergava no público alvo da política uma profunda vulnerabilidade que se reflete em indicadores que não alcançam o patamar desejado. O cenário brasileiro deu origem a sermos signatários dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e do desenho da RMI para enfrentá-los.

Os indicadores mais específicos, ligados às áreas da saúde da mulher e da criança apresentados pelo Sistema de Pacto pela Saúde – SISPACTO no Caderno de Indicadores da Atenção Básica de 2015 são:

INDICADOR	PROPORÇÃO
20	Parto normal no qual chegamos a 61,7% de partos normais no estado;
21	Nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal, 45,8%
23	Óbitos maternos em determinado período e local de residência, 47 óbitos.
24	Taxa de mortalidade infantil de 15,1/1000 nascidos vivos.

Fonte: SISPACTO, 2015.

Percebe-se que a baixa cobertura do pré-natal ou baixa qualidade, dificuldade de acesso e especificidades, como a questão indígena, que acabam repercutindo em altos índices de mortalidade materno e infantil.

A rede traz como componentes o pré-natal, parto e nascimento, puérperio e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico. Cada um indicando exiso estratégicos que quando fortalecidos impactam diretamente na redução das mortalidade e na melhoria da assistência e atenção ofertada às mulheres e crianças.

No pré-natal, a SUSAM investiu em qualificação de recursos humanos, aumento da

Cultura e Saúde. A Lei nº 108 de 23/12/1955, desmembra a Saúde da Educação e cria a Secretaria de Assistência e Saúde - SAS. Com a Lei nº 233, de 18/06/1965, estabeleu nova estrutura administrativa da Secretaria. Em 13/07/1979 com a lei nº 1336, criou-se a Secretaria de Estado da Saúde – SESAU e Através do Decreto nº 8049 de 19/07/1984, foi reformulada a estrutura da Secretaria.

cobertura da atenção básica, estratégias de vinculação entre serviços, fortalecimento das equipes de referência, aumento da oferta de exames de imagem nos municípios, de testes rápidos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis e, testes rápidos para detecção da gravidez em tempo oportuno e início da assistência.


No componente parto e nascimento, o estado investiu substancialmente na contratação de enfermeiros obstetras para atuarem nos Centros de Parto Normal (CPN) e leitos pré-parto, parto e pós parto (PPP), qualificou diversas equipes multiprofissionais das maternidades da capital e do interior em parceria com o Ministério da Saúde e instituições de referência, com objetivo de que as indicações de cesáreas fossem qualificadas conforme a literatura. Ainda ofertou ALSO, que é o curso destinado as urgências obstétricas, capacitou parteiras tradicionais, habilitou oito maternidades da capital e uma do interior como Iniciativa Hospitais Amigo da Criança (IDAC).

No componente puerpério e atenção à criança, ressalta-se o investimento no processo de formação das equipes, incluindo de saúde indígena, no curso de atenção integral as doenças prevalentes na infância (AIDPI), reanimação neonatal, curso de estímulo ao aleitamento materno. Ampliou ainda, a oferta de Banco de Leite Humano, leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca) .

Dois espaços foram identificados e tratados com especial atenção, na medida em que, representam estratégias que, se fortalecidas trarão impacto significativo nas condições de saúde das populações que vivem em áreas de difícil acesso. A saúde indígena que ampliou os espaços para se fazer presente nas ações e planejamentos da RMI, participando do grupo condutor e dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR), garantindo e qualificando suas demandas para a gestão estadual do SUS. A outra, as Parteiras Tradicionais (PT), estas compreendidas pelo seu lugar e pela tradição no acompanhamento ao parto na Amazônia. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) no Estado, vem se fortalecendo desde 2008 por meio de parteiras com MS e Organizações Não Governamentais (ONG), onde já realizaram cursos de troca de saberes, atingindo em torno de 400 PT no universo de 1.178 parteiras cadastradas no banco de dados estadual.

Segundo dados da SUSAM, a Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou tem no registro do ano 2019 o quantitativo de: partos normais (2424) e Partos cesáreas (1521), totalizando 3.945, enquanto que no ano 2020 foram partos normais (2616) e partos cesáreas (1647), totalizando 4.263.

Quadro 1 - Demonstrativo do quantitativo dos partos normais e cesáreas (2019-2020)

 MATERNIDADE CIDADE NOVA DONA NAZIRA DAOU IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança CERTIFICAÇÃO NBR ISO 9001 CULTIVE ESTA IDÉIA													
QUANTITATIVO DE PARTOS NO ANO DE 2019													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Normais	220	207	183	159	188	187	210	182	210	226	216	236	2424
Cesáreas	129	103	136	133	121	126	106	123	144	142	118	140	1521
												TOTAL	3945
QUANTITATIVO DE PARTOS NO ANO DE 2020													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Normais	226	187	224	209	254	208	237	218	226	222	203	202	2616
Cesáreas	138	140	144	101	129	151	149	137	136	158	130	134	1647
												TOTAL	4263

A Pesquisa Documental subsidiou este estudo com dados secundários oriundos de pesquisa bibliográfica sobre o tema na localidade, artigos científicos e registros, os quais possibilitaram uma descrição qualitativa. A amostra foi disponibilizada pelo Setor SAME da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, bem como dados estatísticos de partos, notas técnicas, folders, fotos e acesso aos prontuários do período de 2019 e 2020 para seleção de forma aleatória dos contatos de pacientes em trabalho de parto que foram admitidos nesta unidade.

Vale observar que os dados expostos no Quadro 1, no ano 2019 a média de partos normais por mês na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou foi de 202 e partos cesáreas

126, enquanto que no ano 2020, os registros apontam para uma média de 218 partos normais e 137 partos cesáreas.

Participaram como voluntários desta pesquisa, nove (09) parturientes, entre a faixa de idade 18 e 36 anos, com grau de escolaridade ensino médio a superior completo e nove (09) profissionais (servidores com vínculo empregatício, efetivo ou temporário), envolvidos no atendimento a mulheres no pré parto(TP), parto (P) e pós parto(PP) nesta unidade, destes, enfermeira(01), magueiro(01), médico(01), psicólogo(01), assistente social(03), técnico de enfermagem (01), fisioterapeuta(01), o perfil de identificação dos profissionais inclui: idade entre 38 e 67 anos de idade, escolaridade entre ensino técnico a pós graduação; e o tempo de trabalho na unidade de saúde (maternidade) estava entre 1 ano e 9 meses a 20 anos.

Na etapa de apresentação da pesquisa aos participantes para obter aquiescência e assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde de forma voluntária e individual, foram agendadas e realizadas as entrevistas áudio gravadas com as parturientes, considerando o contexto da pandemia da COVID-19 na cidade de Manaus, respeitando as normas de restrição do Governo do Estado do Amazonas, seguindo as orientações do CEP Comitê de Ética Pesquisa, e as medidas de restrições e protocolos específicas da unidade Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, para a segura coleta de dados, as entrevistas com as pacientes ocorreram de forma online. Através de contato telefônico foram feitos os convite dos voluntários, esclarecimentos através da apresentação do TCLE e envio para assinatura do documento em PDF através do App Adobe Fill & Sign. Foram feitos os agendamentos para a realização das entrevistas por meio de vídeo chamada via celular através do aplicativo WhatsApp, tendo em vista que é uma ferramenta a mais de auxílio no qual se realizou os contatos fazendo uso de um computador, uma câmera de vídeo, um microfone, um auto-falante (ou fone de ouvido) e um acesso rápido via internet.

As entrevistas com os servidores com vínculo empregatício (efetivo ou temporário), envolvidos no atendimento a mulheres puérperas, aconteceram após serem contactados por eletrônico do aplicativo WhatsApp, em que foram esclarecidos quanto ao conteúdo ds pesquisa e do TCLE, disponibilizando o Formulário de Entrevista Estruturada com identificação e abordagem específica sobre o tema da pesquisa.

Por fim, na terceira fase realizou-se a análise dos dados a partir do modelo de Laurence Bardin apresentado em sua obra “Análise de Conteúdo”, a qual diz que as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno dos polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

O quadro abaixo apresenta dados de identificação colhidos nas entrevistas, estando relacionados a identificação da amostra de entrevistados profissionais e pacientes.

Quadro 2 – Perfil dos entrevistados: profissionais e pacientes.

Voluntários	Quantidade	Dados de identificação
Profissionais	09	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servidores (3 homens e 6 mulheres) com vínculo empregatício, efetivos ou temporários envolvidos no atendimento a mulheres no pré parto (TP), parto (P) e pós parto(PP) na unidade da SUSAM; 2. idade entre 38 e 67 anos de idade; 3. escolaridade entre ensino técnico a pós graduação; 4. tempo de trabalho na maternidade: entre 1 ano e 9 meses a 20 anos.
Pacientes	09	<ol style="list-style-type: none"> 1. mulheres internadas entre 2019 e 2020; 2. idade: entre 18 e 36 anos; 3. naturalidade: capital e interior do Amazonas. 4. escolaridade: ensino médio incompleto ao ensino superior completo. 5. estado Civil: 04 união estável, 03 casadas e 02 solteiras. número de partos: de 1 a 4.

Fonte: Formulário de Entrevista Estruturada.

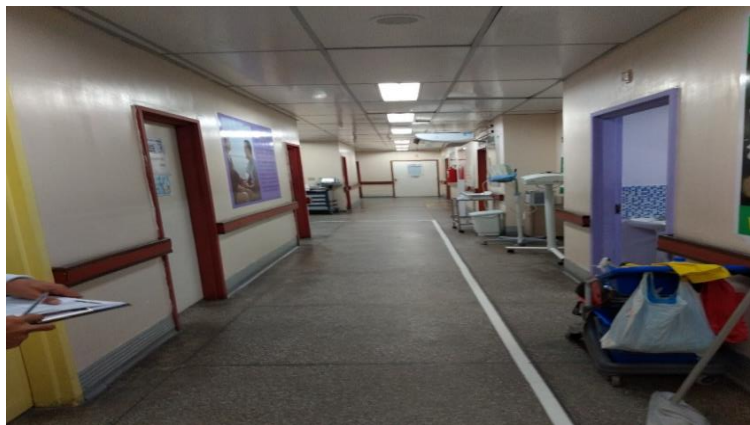


Figura 5: Corredor de entrada - admissão de pacientes na unidade.
Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro,2021).

O objetivo de uma entrevista de pesquisa de natureza qualitativa é revelar descrições, explicitações de significados sobre os fenômenos descritos. Assim, a natureza do domínio da investigação fenomenológica é a descrição da experiência vivida pelos participantes sobre um determinado fenômeno, o objeto de estudo, considerando ainda a perspectiva da análise, que é figuração em que se encontram.

Dos profissionais entrevistados(voluntários) nesta pesquisa, os resultados obtidos na abordagem específica serão apresentados a seguir identificando as respostas em que P (Profissional) e na ordem dos entrevistados (01 a 09).



Figura 6: Sala de Acolhimento e Classificação de Risco - ACR.
Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro,2021).

Em relação a questão da avaliação da qualidade dos cuidados prestados às parturientes (atendimentos, procedimentos, recurso material)?

P 01	“Bom, porém há necessidade de ter melhorias no atendimento. Alguns procedimentos não condizem com os protocolos“
P 02	“Bom, mas falta espaço físico para acomodar a demanda, falta espaço para colocar materiais para os procedimentos a maca é para no máximo 130 quilos, falta vaga no estacionamento. Para ultrassom fica sobrecarregado por que não tem na Maternidade do Galileia. Mesmo assim, muita gente prefere aqui. A equipe é reduzida a noite. Falta meios de transporte de urgência.”
P 03	“Em relação ao atendimento trabalhos de modo que seja humanizado conforme preconiza a legislação. Mas percebe que depende muito do profissional que realiza o atendimento. Alguns conseguem prestar o atendimento de forma humanizada, respeitando a legislação e o direito da paciente, outros não. Em relação aos procedimentos, os mesmos seguem o que preconiza os protocolos de atendimento, portarias e leis. Em relação aos recursos materiais ultimamente melhorou bastante. Mas ainda existe uma deficiência grande não só de recursos materiais, mas humanos também. De um modo geral posso dizer que a qualidade dos cuidados é boa.”
P 04	“Ótimo. Dentro dos recursos que a maternidade disponibiliza não tem como ser melhor. Material humano dos melhores e material instrumental, ambos combinam para um bom atendimento “
P 05	“Satisfatório, diante dos recursos que temos disponíveis”
P 06	“Apesar de observar um avanço e melhorias, ainda estamos distantes de ofertar um parto humanizado e assistência corretas às puérperas. Temos muitas dificuldades e os próprios profissionais ainda precisam de muito treinamento, conhecimento, mais sensibilidade diante das queixas das pacientes. Geralmente, muitos dos problemas e complicações que acontecem são por ignorar as queixas das pacientes. Precisamos ainda evoluir muito. A condição em si da maternidade precisa melhorar, até porque alguns problemas como poltronas, acompanhantes ficarem com as puérperas e terem café da manhã e demais alimentação. Apesar de ter melhorado a alimentação das puérperas deveria ser direcionada para cada situação.”
P 07	“A Maternidade e sua equipe seguem os procedimentos indicados nos Manuais. Os recursos materiais são antigos: ainda fazemos evolução em prontuários físicos, sem acesso a computador/prontuário eletrônico. Nessa gestão, já veio uma equipe avaliar, para implantar esse prontuário. Na maioria dos casos, configura-se como humanizado.”
P 08	“Bom, procuramos atender as pacientes com igualdade, utilizando os recursos que a maternidade oferece.”
P 09	“É regular a qualidade dos cuidados prestados nos atendimentos, tanto pelos procedimentos como recursos materiais.”

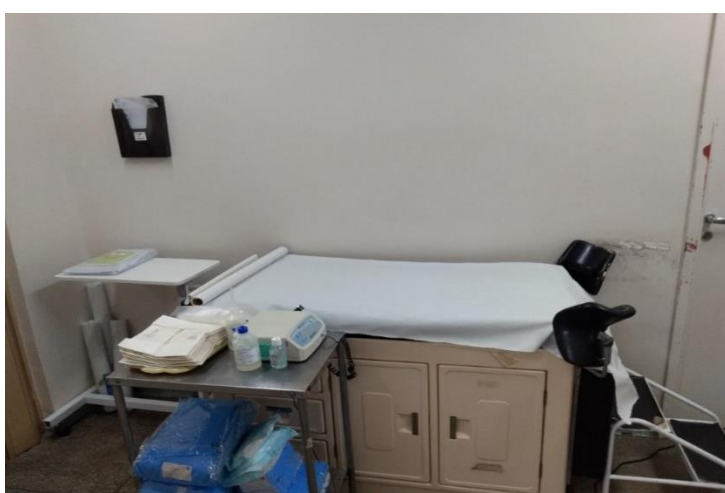


Figura 7: Sala de avaliação anexo ao consultório médico..
Fonte: Pesquisa de Campo(Jucinara Pinheiro,2021)

Os resultados apresentaram que em relação a avaliação da qualidade dos cuidados prestados às parturientes, envolvendo os atendimentos, os procedimentos e os recurso material,

os profissionais definiram como um ambiente com atendimento bom, mas com necessidades de melhorias de espaço físico para acomodar a demanda (parturientes, acompanhantes e profissionais), os instrumentos e facilitar os procedimentos realizados. Quanto ao procedimentos realizados na unidade, dependendo do profissional comprometem a qualidade do atendimento.



Figura 8 : Sala pré-parto dentro do PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto)..
Fonte: Pesquisa de Campo(Jucinara Pinheiro,2021)

Dos registros os relatos dos profissionais em relação a questão: Você conhece os protocolos para realização dos atendimentos e procedimentos nesta unidade de saúde? Se sim, como teve acesso?

P 01	“Sim. Ao ingressar na unidade havia em todos os setores uma pasta com protocolos.”
P 02	“Sim. Os protocolos seguidos são da Cooperativa AGOAM que a 20 anos presta serviços.”
P 03	“Todos os protocolos não, porque são muitos. Mas conheço o fluxograma de atendimento. Onde começa e termina, o que compete a cada setor e profissional. Todas as normas, rotinas e legislações que envolve o atendimento. Os protocolos estão disponíveis numa pasta chamada pública na rede da maternidade onde podemos ter acesso a todos. Em geral o conhecimento é adquirido na rotina diária do atendimento.”
P 04	“Sim, somente do meu trabalho.”
P 05	“Sim. E tive acesso através da gerência de enfermagem.”
P 06	“Em relação aos protocolos é complicado, até certo tempo eram escassos, mas de um ano para cá começaram a construir e revisar a maior parte de protocolos, mas isso da maternidade como um todo. Alguns protocolos específicos para ter referência de como proceder. Na maternidade isso é uma grande falha, porque não existe esse repasse ao profissional que chegar, não existe uma ambientação da forma correta, existe uma “boas vindas”, mas os protocolos em si não são repassados para os profissionais.”
P 07	“Sim, inclusive participei da elaboração/atualização do POP – Procedimento Operacional Padrão da Psicologia. E a Maternidade, como um todo, foram feitos por setores esses POP’s.”
P 08	“Sim através de cursos e treinamentos.”
P 09	“Sim, através de seminários e capacitação interna.”

Constata-se nos relatos acima que quanto ao conhecimento da existência dos protocolos para realização dos atendimentos e procedimentos nesta unidade de saúde, bem como a forma de acesso aos mesmos, pôde-se constatar que todos tem conhecimento de algum protocolo a seguir, porém variam quanto a existência do documento físico na unidade, bem como a disponibilidade por setor e cargo/função. Vale ressaltar que, durante a pesquisa

de campo identificou-se que a unidade está passando por processo de atualização dos Protocolos, após fiscalização em 2019.

Em relação a questão: Como percebe a relação entre profissionais e pacientes nesta unidade de saúde? Justifique.

P 01	“Dependendo da equipe a relação é bem estreita entre profissionais e clientes.”
P 02	“É ótima, recebemos elogios e presentes. Apesar de solicitarmos para os pacientes buscarem atendimento noutra maternidade pela lotação, eles preferem ficar aqui. Mas a falta de conhecimento dos familiares e pacientes causam desrespeito aos procedimentos de para internar e realizar cirurgias.”
P 03	“Na maioria das vezes é harmoniosa. Mas temos os casos de conflito entre ambos e em geral por falta de orientações e explicações claras sobre quadro clínico da paciente, boletim médico, exames, procedimentos, ou seja, dizer o porquê e para quê das coisas. e também os casos do tratamento áspero entre ambos.”
P 04	Excelente, considerando a estrutura e recursos que tem.
P 05	“Como somos uma maternidade pequena comparada as outras e nosso público é de pacientes de risco habitual acredito que nosso relacionamento com os pacientes é bastante estreito. Com muito respeito ao momento que a paciente se encontra, orientando e auxiliando nesse momento tão importante.”
P 06	“A relação às vezes não ocorre da maneira como deveria ate por conta da escuta das queixas dessas pacientes, entendemos que na maternidade existem poucos profissionais para escutar a demanda e isso pode acabar sobrecarregando a equipe, ainda mais quando tem falta de plantonistas. Acredito que poderia ser melhor, ate porque a partir do momento que ocorre alguma complicação e que se deu por conta de pessoas ignorarem as queixas das puérperas, ou mesmo das outras pacientes, você entende que essa relação não ocorreu como deveria. A outra coisa que fala sobre a relação é a parte do trato, da observação, da conversa, do apoio, em que muitas pacientes quando elas estão em fase de acompanhamento do RN em tratamento clinico se não tiver o apoio correto da equipe essa mãe vai acabar abandonando o tratamento. Então é preciso que a equipe esteja capacitada e atenta para dar esse apoio. Por isso se reforça a necessidade de se estar mais atenta na forma de observar, acompanhar, apoiar, até a forma como se falar com as puérperas num estado delicado, seja por conta do puerpério, perdas, sentimento de não terem sido bem acolhidas e orientadas que queira evadir da maternidade ou desenvolver traumas.“
P 07	“Os médicos sempre buscam comunicar às gestantes, seu estado de saúde e de seu bebê. Na UTIn/UCIn, os pediatras comunicam diariamente ao pais, o boletim médico do bebê. A comunicação nos Alcons(alojamentos conjuntos) e no Pré-parto, essa relação é mais distante. Muitas vezes, a Psicologia é acionada pra intervir nesse processo de comunicação, e de outros profissionais.”
P 08	“Relação respeitosa, explicando sobre procedimentos e normas da unidade.”
P 09	“Desgastada. A superlotação comum em todas as maternidades de Manaus, associada à falta de comprometimento e compreensão por parte de uma minoria dos profissionais que não concebem o paciente como um cliente em pleno gozo de seus direitos.”

Em relação a questão: Quais as orientações que as mulheres recebem no pré-parto (TP), parto(P) e pós-parto (PP)?

P 01	“Orientações sobre seus direitos, que devem escolher a melhor posição para parir seus RN, embora alguns médicos não respeitem. É falado sobre violência obstétrica. Aleitamento materno e sobre alimentação no TP (trabalho de parto) e Pós parto.”
P 02	“Na sala de admissão, a Enfermagem faz a triagem e verifica se faz a admissão ou não, pois as vezes é procedimento de medicação somente. Posteriormente o médico atende, prescreve e libera o PC, pois o ideal é o bebê nascer com 40 semanas (final do nono mês); No TP, a Enfermagem e Fisioterapia reforçam as explicações de como será o parto, batimentos cardíacos, aspectos do feto. A OMS não preconiza o uso de analgesia, a raspagem não é mais feita, mas orientam por questões de segurança.”
P 03	“As orientações são diversas como por exemplo: direito ao acompanhante, boas práticas do parto, aleitamento materno, normas e rotinas da maternidade e etc. Feitas com base em toda as legislações do IHAC, Rede Cegonha, Política de Humaniza, Lei do acompanhante, portarias do Ministério da Saúde. Tudo que envolve os cuidados de saúde no pós-parto para mãe e recém-nascido. Além das que envolve o

	acesso aos direitos previdenciários e assistenciais. E demandas trazidas pelas próprias pacientes e acompanhantes.”
P 04	“Todas as orientações, como se comportar nas horas que antecedem o parto, movimentar-se, caminhar, usar a bola e massagens. Depois do parto os benefícios do aleitamento para a mãe e o bebê. Essas orientações também são dadas por mim.”
P 05	“As parturientes são orientadas sobre o fluxograma da maternidade, sobre as boas práticas que ela pode realizar se assim desejar, sobre sua livre movimentação e escolha da postura que quer parir o seu bebê. Sobre o direito ao acompanhante, importância da amamentação, primeiros cuidados com o bebê.”
P 06	“Chamam a equipe para fazer a abordagem específica de cada área, interdisciplinar. Existe um protocolo que é específico da equipe de enfermagem, como melhor posição do parto, desconforto, o banho, procedimentos para o parto cesáreo; e o protocolo do serviço social, com orientações quanto a troca de acompanhantes, alimentação, adolescente em trabalho de parto, acompanhadas ou desacompanhada, respeitando os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. As orientações no TP, vão desde o acolhimento e os procedimentos que serão realizados em casos de parto normal, como vai evoluir para parto cesáreo, ou situações de óbito fetal/aborto, a equipe vai informar em como proceder, as normas e rotinas, como será feita a troca de acompanhante, quando vai para leito e centro cirúrgico. Durante o P, com o objetivo de acolher e envolver a PC no parto, melhor posição do parto, o banho, procedimentos para o parto cesáreo; uso de medicação, episiotomia, evolução do parto, o trabalho do obstetra, pediatra e outros profissionais. No PP, orientação dos procedimentos de pós cirúrgico ou normal para acompanhante e paciente até a saída da maternidade, como licença maternidade, registros de nascido vivo da criança, declaração, registros de algum tipo de violência obstétrica, alimentação, cuidados com RN, encaminhamentos, ouvidoria, distribuição de folders orientativos..“
P 07	“Além, desses setores, tem ainda a Admissão (antes do Pré-parto). A Psicologia é acionada por todos os profissionais, em especial, quando surge qualquer paciente psiquiátrica. Não existe uma Psicóloga por Setor, como tem todos os demais profissionais: A Psicologia atua em diversas áreas: Pré-Natal de Risco, Planejamento Familiar (no Ambulatório) e na Urgência (que é a Maternidade), sempre que é solicitada por quaisquer dos profissionais (médicos: ginecologistas, obstetras e pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e equipe de Coordenadores). Sempre falamos da gravidez humanizada, e que, qualquer atitude que não coadune com esse parâmetro, deve ser comunicada a quem de direito (Ouvidoria, Direção, Justiça). Informamos: o que a maternidade disponibiliza para as mães, em todos os setores; os seus direitos e regras, em especial, na pandemia.”
P 08	“TP: sobre boas práticas com ajuda da fisioterapeuta, ingestão de líquidos; No Parto: posição de livre escolha, exercícios de respiração, e apoio psicológico da equipe de enfermagem; e no Pós- Parto: orientação sobre aleitamento materno e amamentação exclusiva, e cuidados gerais com o RN.”
P 09	As orientações variam de acordo com a singularidade da usuária e a demanda apresentada a citar: puérpera ou gestante adolescente a depender da idade os órgãos de proteção devem ser notificados e a usuária e seus responsáveis legais também recebem encaminhamentos e orientações, etc. Em geral, elas são orientadas quanto aleitamento materno e seus benefícios, orientações de cunho previdenciário, cartorial, estudantil, vacinação, testes neonatais dentre outros.

Dos resultados, em relação as orientações que as mulheres recebem no pré-parto (TP), parto(P) e pós-parto (PP) os profissionais relataram que elas recebem *“Todas as orientações, como se comportar nas horas que antecedem o parto, movimentar-se, caminhar, usar a bola e massagens. Depois do parto os benefícios do aleitamento para a mãe e o bebê. Essas orientações também são dadas por mim.”*(P 04), e o P 01 *“Orientações sobre seus direitos, que devem escolher a melhor posição para parir seus RN, embora alguns médicos não respeitem. É falado sobre violência obstétrica. Aleitamento materno e sobre alimentação no TP (trabalho de parto) e Pós parto (PP).”*(P 01) entanto para o profissional (P 09) *“ As orientações variam de acordo com a singularidade da usuária e a demanda apresentada a*

citar: puérpera ou gestante adolescente a depender da idade os órgãos de proteção devem ser notificados e a usuária e seus responsáveis legais também recebem encaminhamentos e orientações, etc. Em geral, elas são orientadas quanto aleitamento materno e seus benefícios, orientações de cunho previdenciário, cartorial, estudantil, vacinação, testes neonatais dentre outros.”

Em relação a questão: Você discorda de algum procedimento na maternidade nos atendimentos prestados no pré-parto (TP), parto (P) e pós parto (PP)?

P 01	“Sim, os que fogem dos protocolos.”
P 02	“Sim, os responsáveis por pacientes menores de idade não têm nenhum conhecimento para permanecer no CC, passam mal, se negam a usar EPI’s, as vezes nem são familiares e sim pessoas da Igreja, etc. Na fase de COVID, diante de ameaças de alegar V.O., os médicos acabam abrindo mão e se colocando em situações de risco. Só era para ficar com menores, os responsáveis que participaram do Programa que era para ser nível SUS. Ideal seria uma Maternidade só para adolescentes.”
P 03	“Sim. O direito da paciente escolher se quer ou não se alimentar durante trabalho de parto, posição na hora do parto, não levar em consideração o que a paciente relata, falta de esclarecimento sobre o tratamento da criança e etc.”
P 04	“Sim, deveria ter uma enfermaria exclusiva pra mães que perdem o bebe. Não poderiam ficar no mesmo local, pois como sente ouvindo o choro dos outros bebes, e ela sem ela ter”
P 05	“Sim. Sobre a utilização sem indicação na maioria das vezes de episiotomia e ocitocina.”
P 06	“Discordo, é inadmissível que em pleno século XXI as nossas praticas ainda ocorram muitos procedimentos que vão de encontro a Política de Humanização. Poderiam ser evitados, se estivessem mais atentas as queixas das mulheres, entender que não é uma frescura, que esse processo deve iniciar desde a recepção onde a mulher seja acolhida pela equipe da unidade.”
P 07	“Como, quase sempre elogiam o atendimento da maternidade, como um todo, também, não vejo motivo pra discordar, uma vez que, estão dentro dos procedimentos indicados nos manuais.”
P 08	Sim, algumas manobras e indução com medicamentos e episiotomia.”
P 09	“Sim. Discordo quanto à um procedimento comum e corriqueiro: puérperas ter que ceder seu leito para uma nova usuária em trabalho de parto. Ainda que receba o pedido e tenha a opção de se opor, vejo como uma violação ao direito tanto da puérpera quanto do RN, tendo em vista que na maioria das vezes ambos ficam em uma poltrona no corredor. “

Os profissionais entrevistados discordam de alguns procedimentos que são realizados pelos servidores nesta unidade, em que relataram: *“o mais comum comum e corriqueiro: puérperas ter que ceder seu leito para uma nova usuária em trabalho de parto. Ainda que receba o pedido e tenha a opção de se opor, vejo como uma violação ao direito tanto da puérpera quanto do RN, tendo em vista que na maioria das vezes ambos ficam em uma poltrona no corredor”(P 09).* Considerando ainda a fala do profissional (P 06) diz: *“é inadmissível que em pleno século XXI as nossas praticas ainda ocorram muitos procedimentos que vão de encontro a Política de Humanização. Poderiam ser evitados, se estivessem mais atentas as queixas das mulheres, entender que não é uma frescura, que esse processo deve iniciar desde a recepção onde a mulher seja acolhida pela equipe...”*. E o relato *“os responsáveis por pacientes menores de idade não têm nenhum conhecimento para permanecer no CC, passam mal, se negam a usar EPI’s, as vezes nem são familiares e sim*

peças da Igreja, etc. Na fase de COVID, diante de ameaças de alegar V.O., os médicos acabam abrindo mão e se colocando em situações de risco.”(P 02)



Figura 9: Sala de procedimentos no PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto).
Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro, 2021).

Em relação a questão: Qual a sua definição para Violência Obstétrica?

P 01	“Violência em mulheres e em RN, que podem ser físicas e/ou psicológicas, que muitas das vezes já inicia no setor de recepção da maternidade. Que não é um ato somente da equipe medica, mas que qualquer outro profissional possa a vir a praticar.”
P 02	“É quando o PC chega bem orientada quanto as formas de parto normal e cesárea, mas é submetida a situações de risco”.
P 03	“A Violência Obstétrica não está relacionada somente ao atendimento médico. Ela pode iniciar no pré-natal onde a gestante busca atendimento e não consegue, isso já é Violência Obstétrica. Quando recebe um tratamento vexatório, desrespeitoso, humilhante de qualquer pessoa que trabalhe na maternidade: porteiro, recepcionista, serviço geral, maqueiro, médico, técnico de enfermagem, enfermeiro e até mesmo do seu acompanhante.”
P 04	“Falta de amor ao próximo, esquecimento do juramento, ações em desacordo com as previstas na Lei. “
P 05	“Violência obstétrica é quando a mulher grávida, parturiente ou puerpera sofre algum tipo de agressão pela equipe multiprofissional, tanto física como psicológica, não sendo respeitada sua vontade e sua condição.”
P 06	“A meu ver é qualquer conduta da equipe que atende a puerpera que venha a ter comportamentos de desrespeito, negligências, constringendo, submetendo a mulher a abusos físicos e psicológicos.”
P 07	“Qualquer fala ou ação que maltrate ou prejudique a mulher e/ou sua família, durante a gravidez.”
P 08	“Procedimentos invasivos sem o consentimento da paciente ou familiar.”

P 09	“Toda e qualquer violência relacionada a mulher e seu momento de vida, seja ele gestação, trabalho de parto, parto, pós parto ou por quanto tempo durar a sua internação ou de seu RN. Vale ressaltar que a violência psicológica é comum e pouco percebida no dia a dia, tendo em vista a pouca divulgação do tema.”
------	---

Os profissionais demonstraram que têm conhecimento da definição do termo violência obstétrica e descrevem alguns atos que caracterizam-na, e conforme apresentado abaixo percebem que os atos de violência obstétrica podem contribuir para riscos à saúde psicossocial das parturientes.

Em relação a questão: Você percebe que os atos de violência obstétrica podem contribuir para riscos à saúde psicossocial das parturientes?

P 01	“Sim.”
P 02	“Sim, dependendo da forma como se passa pela experiência.”
P 03	“Sim, muito.”
P 04	“Sim. Quando uma mãe chega pedindo ajuda e se for bem atendida o seu emocional não é abalado, causando paz e tranquilidade na hora do parto.”
P 05	“Sim. E muitas vezes causa traumas irreversíveis.”
P 06	“Sim, isso é inegável. Já verificamos pacientes que saem daqui muito abaladas, algumas que só choram, que ao relatarem gera dor, constrangimento. E muitas vezes a própria equipe ignora isso. A V.O contribui para riscos à saúde das mulheres. Aumenta o dano que ela carregará por muito tempo, e se conseguir pelo SUS acompanhamento psicológico e psiquiátrico, o que é muito difícil.”
P 07	“Sim, com certeza. Um atendimento não adequado impacta a saúde física e mental da mulher na gravidez. As consequências e as sequelas demoram para cicatrizarem.”
P 08	“Sim. Pois pode gerar traumas e conseqüentemente o medo de uma possível nova gestação.”
P 09	“Sim. Não só isso mas também aumenta as estatísticas de evasão e riscos à saúde do RN.”

Em relação a questão: Quais as práticas de combate à Violência Obstétrica na Maternidade Nazira Daou?

P 01	“Denúncias na ouvidoria feitas por clientes, acompanhantes e até pela equipe profissional. Relatos em prontuário.”
P 02	“Através do conhecimento sobre as práticas abusivas, atenção às parturientes no pós parto e registros de ocorrências nas instituições de atendimento.”
P 03	“Temos folder explicativo do é Violência Obstétrica e os canais de denúncia. Geralmente entre pelo serviço social.”
P 04	“Amor ao próximo, respeito e um ótimo atendimento com comprometimento no ato de cuidar.”
P 05	“Orientações as pacientes desde o pré-natal sobre seus direitos no momento da concepção. Treinamento das equipes de atendimento, visando sensibilização e empatia.”
P 06	“Acredito que são bem escassas. Profissionais podem ter recebido durante sua formação, mas quando chegam na maternidade não recebem nenhuma orientação em relação a prevenção. Não vejo visível essa preocupação em erradicar a violência obstétrica, principalmente porque a maioria das queixas está direcionada a equipe médica.”
P 07	“Todos os casos de suspeita de violência são comunicados aos setores: Ouvidoria, Gerência de Enfermagem e Direção. Bem, como, pessoalmente, divulgo e encaminho para esses locais e, também, para o Programa “Humaniza Coletivo Feminista – Violência Obstétrica Manaus”, para que as grávidas tirem suas dúvidas sobre as suas suspeitas de violência na gravidez.”
P 08	“Busca realizar procedimentos menos invasivos.”
P 09	“Não percebo nada com foco exclusivo nesta temática, mas ocorrem reuniões que o tema é tratado, não na profundidade que necessita.”

Em relação a questão: Você tem conhecimento dos registros de elogios/queixas/sugestões na Ouvidoria desta unidade de saúde?

P 01	“Sim.”
P 02	“Sim, temos uma caixa de sugestões em frente ao ALCON, mas falta mais divulgação. Alguns casos são postados no Facebook e Instagram. “
P 03	“Não.”
P 04	“Sim, na unidade tem uma caixa de sugestões, queixas e elogios para registros. “
P 05	“Sim. Elogios e queixas”
P 06	“Tenho sim conhecimento, a maior parte das denúncias orientamos e encaminhamos para a ouvidoria da unidade e SEAS, ONG Humaniza que faz acompanhamento e tem trabalho mais específico para casos de VO que faz intervenção e direcionamento ao Ministério Público. Acredito que na maternidade a nossa ouvidoria precisa melhorar, ainda há corporativismo, casos sem retorno. E apesar de sofrerem se recusam a formalizar a denúncia, população ainda é muito passiva, que não conhecem seus direitos e evitam buscá-los.”
P 07	“Sim, inclusive em casos de suspeitas de qualquer dificuldade/reclamação, encaminho à Ouvidoria ou solicito que o Ouvidor faça visitas ao leito para a escuta.”
P 08	“Algumas vezes somos comunicados.”
P 09	“Sim. Tenho conhecimento de ambos.”

Dos nove profissionais entrevistados, um servidor não tem conhecimento dos registros de elogios/queixas/sugestões na Ouvidoria desta unidade de saúde, sendo o constante nos relatos: *“Tenho sim conhecimento, a maior parte das denúncias orientamos e encaminhamos para a ouvidoria da unidade e SEAS, ONG Humaniza que faz acompanhamento e tem trabalho mais específico para casos de VO que faz intervenção e direcionamento ao Ministério Público. Acredito que na maternidade a nossa ouvidoria precisa melhorar, ainda há corporativismo, casos sem retorno. E apesar de sofrerem se recusam a formalizar a denúncia, população ainda é muito passiva, que não conhecem seus direitos e evitam buscá-los.”*(P 06); *“Sim, temos uma caixa de sugestões em frente ao ALCON, mas falta mais divulgação. Alguns casos são postados no Facebook e Instagram.”*(P 02), e *“Sim, inclusive em casos de suspeitas de qualquer dificuldade/reclamação, encaminho à Ouvidoria ou solicito que o Ouvidor faça visitas ao leito para a escuta.”* (P 07).

Em relação a questão: Você já fez algum registro na ouvidoria desta maternidade?

P 01	“Não.”
P 02	“Sim por destrato de PC com ameaças de denúncia.”
P 03	“Sim.”
P 04	“Não.”
P 05	“Não”.
P 06	“Não confio nos procedimentos e respostas da nossa Ouvidoria interna. Até por conta de vários relatos e denúncias que ficaram sem respostas por parte da Ouvidoria.”
P 07	“Não.”
P 08	“Não.”
P 09	“Não, porém já fiz diversas orientações e encaminhamentos para o setor. “

Em relação a ter feito algum registro na ouvidoria da maternidade, dois alegaram ter que fizeram, no entanto somente um especificou, tendo como resultado dos relatos: *“Sim, por destrato de PC com ameaças de denúncia. (P 02), e “Não confio nos procedimentos e respostas da nossa Ouvidoria interna. Até por conta de vários relatos e denúncias que ficaram sem respostas por parte da Ouvidoria.”(P 06) e “Não, porém já fiz diversas orientações e encaminhamentos para o setor.”(P 09).*

Na pesquisa de campo, constatou-se que o denominado **Gestão do Serviço de Ouvidoria** foi implantado em 19/1/2011, sem demais registros no histórico de revisões. Objetivando em identificar oportunidades de melhorias dos serviços através das manifestações recebidas e auxiliar os demais setores da organização na implantação das soluções necessárias; e que a Maternidade atuará no sentido de garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados à sociedade aumentando o nível de satisfação dos usuários e colaboradores, por meio de um canal permanente de comunicação, promovendo o fortalecimento da cidadania.

A Ouvidoria existe para atender ao estabelecido na PT GM/MS N° 1193 de 16 de junho de 2004 (DOU N° 115 de 17/06/2003), um dispositivo da Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH), a exemplo de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde. É um serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

Das responsabilidades e procedimentos a ouvidoria deverá funcionar como um canal de comunicação entre os usuários e a instituição, visando ao estreitamento dessa relação. Apesar das formalidades necessárias deverá ser dado um tratamento humanizado de acolhimento a todos aqueles que a procurarem. Conforme constante na Gestão do Serviço de Ouvidoria, NP. 08.02, Revisão 00 (2011, p. 3) a Ouvidoria na maternidade tem as seguintes atribuições:

- a) Receber, registrar e apurar as demandas sobre denúncias, reclamações, elogios, solicitações (pedidos de providências), sugestões e pedidos de informações, ou outros expedientes acerca dos serviços ou atividades oferecidos pela MDND que lhe forem dirigidas ou colhidas; Quando a demanda for reclamação, solicitação ou denúncia deverá ser emitida uma TNC – Tratativa de Não Conformidade e conduzida conforme NP.08.03 - Ações Corretivas e Preventivas. Os setores da maternidade que ainda não fazem parte do escopo de certificação atual deverão procurar a Coordenação do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ, para abertura da TNC, até que ocorra a extensão do escopo para todos os setores. E quando a demanda for elogio, deverá ser emitido um Formulário de Elogio e encaminhá-lo ao elogiado.
- b) Emitir respostas formais (por escrito) acerca da demanda recebida pela

Ouvidoria;

- c) Prestar informação ao cidadão;
- d) Funcionar como ferramenta de gestão, auxiliando no planejamento e tomada de decisão, sugerindo medidas de aprimoramento da prestação dos serviços da instituição;
- e) Divulgar o serviço prestado pela Ouvidoria;
- f) Organizar e manter atualizado arquivo de toda a documentação relativa aos registros;
- g) Elaborar e divulgar Relatório Mensal de Atividades da Ouvidoria (anexo 01) com os dados tabulados e encaminhar ao SGQ e à Alta Direção até o dia 05 do mês subsequente, para criação dos gráficos e condução conforme NP.05.01 – Análise Crítica do Sistema de Gestão da Qualidade.
- h) Elaborar o Procedimento da Ouvidoria, submetendo-o a análise e aprovação pelo Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ e pela Alta Direção;
- i) Desenvolver outras atribuições correlatas com a sua atividade.

As manifestações depois de recebidas e analisadas pelos setores e/ou chefias devem ser devolvidas ao setor de ouvidoria, em tempo hábil, para que se repasse aos interessados as providências relativas à suas manifestações (feedback). Pedidos de informações ou demandas serão atendidos em até quinze dias úteis, prorrogáveis por mais cinco, mediante justificativa circunstanciada apresentada ao Ouvidor. Não recebendo justificativa satisfatória da omissão, fará constar obrigatoriamente no relatório de atividades com a menção do nome e cargo do servidor, dirigente ou não, que deixar de cumprir o prazo definido. E o detalhamento das atividades e rotinas da ouvidoria estão descritos na Instrução de Trabalho - IT.08 – Atendimento e Classificação das Demandas da Ouvidoria.

E ainda a Ouvidoria detém independência funcional em relação a todas as coordenações, atuando em regime de cooperação com elas sem relação de hierarquia funcional de nível, atuando como Assessoria da Alta Direção. É um dispositivo da Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH), a exemplo de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde.

Em relação a questão: Considerando que a formação profissional inclui: conhecimento, habilidades, atitudes, o que te motiva na atuação na profissão?

P 01	<i>“Saber que posso melhorar o atendimento junto a equipe em frente a varias situações. O saber cuidar com dignidade à todas que chegam ao nosso serviço. E saber que podemos ajudar tanto no campo físico como psicológico, proporcionando momentos bons as mulheres em TP, parto e pós-parto.”</i>
P 02	“Já vi tantas situações que envolvem a ignorância do paciente em relação aos preceitos das técnicas que o médico precisa realizar junto a equipe, e mesmo na atual realidade mantenho minha forma de trabalho, explicando ao paciente as necessidades, possibilidades e recursos disponíveis em cada unidade que trabalho. “
P 03	“O desejo que no momento tão importante da vida dessas mulheres tenham o direito de ter um atendimento digno.”
P 04	“Buscar mais conhecimento para poder utilizar de forma correta e fazer o melhor e me sentir útil no processo. “
P 05	“A vontade de ajudar o próximo. Saber que com todo conhecimento adquirido posso ajudar mulheres a ter uma experiência única na vida delas sem traumas, sem sofrimento desnecessário.”
P 06	“Dedicação aos direitos fundamentais em busca de uma sociedade mais justa e igualitária, o que com a pratica profissional conseguimos fazer diferença na vida das pessoas, é gratificante poder ajudar os outros a resolverem suas questões. “
P 07	“Amo minha profissão. Gosto de saber que contribuí para a melhoria da qualidade de vida daquela paciente e sua família.”
P 08	“Gosto da minha área de atuação, pois ajudo as mulheres nesse momento tão delicado, que é a hora do

	parto.”
P 09	“A busca incessante pela garantia dos direitos do cidadão com foco no que diz o Art. 196 CF a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Ao serem questionados sobre o que os motiva para a atuação profissional, do relatos constam:

“Saber que posso melhorar o atendimento junto a equipe em frente a varias situações...”(P 01), “O desejo que no momento tão importante da vida dessas mulheres tenham o direito de ter um atendimento digno.”(p 03), “Buscar mais conhecimento para poder utilizar de forma correta e fazer o melhor e me sentir útil no processo”.(P 04), “A vontade de ajudar o próximo. Saber que com todo conhecimento adquirido posso ajudar mulheres a ter uma experiência única na vida delas sem traumas, sem sofrimento desnecessário”(P 05), "a pratica profissional conseguimos fazer diferença na vida das pessoas, é gratificante poder ajudar..”(06), “Amo minha profissão. Gosto de saber que contribuí para a melhoria da qualidade de vida daquela paciente.”(P 07), “A busca incessante pela garantia dos direitos do cidadão... redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços...” (P 09)

Partindo de uma visão mais ampla, o resultado da pesquisa refletiu a realidade da saúde pública no Brasil, sendo é compreendida no contexto da crise econômica e política do país, marcada por período regressivo e conservador em relação às políticas sociais, ocasionando em impactos negativos na qualidade de vida da população.

Para Vieira (2016), a emergência de soluções para o enfrentamento do déficit fiscal e superação da crise econômica, atingiu o âmbito da saúde e da educação, com a aprovação no Senado Federal da PEC 241/2016 conhecida como PEC do teto dos gastos públicos e da Emenda Constitucional 95/2016, aprovada pelo Congresso Nacional. Nessa conjuntura pode-se concluir que, os efeitos desse processo atingem diretamente a qualidade de vida e saúde da população, pois a contenção dos gastos públicos, resultam na precarização do trabalho, redução do número de profissionais, falta de medicamentos e até em fechamento de unidades de atendimento, diminuição da efetividade dos programas e aumento da incidência e prevalência de doenças.

A realidade no Estado do Amazonas, já foi apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEM, 2017) num estudo realizado em seis unidades de saúde e maternidades do Amazonas, em que dos resultados encontraram noventa tipos de irregularidades, em hospitais e maternidades, dentre estas, pacientes pelo corredor. Compreende-se que a violência obstétrica ocorrida em maternidades públicas e privadas, tem sido apontada em alguns estudos como resultado da própria precariedade do sistema de saúde, vinculado à escassez de investimentos, advindo de falhas omissivas, negligência, falta e má prestação de controle, de gestão e de serviços.

Ressalta-se que o Ministério Público Federal no Amazonas, órgão de referência no registro e recebimento de denúncias sobre violência obstétrica, indeferiu no Despacho nº /2021 Referência: PR-AM-00029571/2021 por via de meio eletrônico (e-mail), no que se justificou:

“Trata-se de requerimento em que pesquisadora solicita “obter dados estatísticos de denúncias de violência obstétrica no Estado do Amazonas e Tipificação dos casos de violência obstétrica no Amazonas”.

Apesar da importância da pesquisa, os procedimentos relacionados à violência, obstétrica em tramitação neste Ofício contêm documentos sigilosos e sensíveis, a exemplo de manifestações de conselhos de classes, prontuários médicos, além de medidas empreendidas pelo próprio MPF no interesse da questão.

Nesse sentido, considerando o dever legal de proteção desses dados Art. 3, Art. 6, da Lei 12.527/11 “III – proteção da informação sigilosa e da informação pessoa, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso, não é possível deferir o acesso solicitado.” (André Libonati, Procurador da República)

Diante dessa impossibilidade, mas considerando a relevância para tratativa do tema, utilizou-se os dados da pesquisa mais recente intitulada “Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de Manaus”(SILVA,2019) dados documental do MP com referência de 2018, com registro de 41 denúncias de violência obstétrica em trâmite judicial referentes ao período de 2012 a 2017, englobando a cidade de Manaus e dois municípios, Manacapuru e Coari.

Quadro 3 – Denúncias de Violência Obstétrica no Estado do Amazonas

MATERNIDADES	NÚMERO DE REGISTROS
Hospital Regional de Coari	01
Instituto da Mulher Dona Lindu	11
Maternidade Alvorada	04
Maternidade Ana Braga	06
Maternidade Azilda Marreiro	02
Maternidade Estadual Balbina Mestrinho	06
Maternidade Moura Tapajós	04
Maternidade Nazira Daou	04
Maternidade Samel	01
Maternidade São Lucas/Hapvida	01
Maternidade Unimed	01
Total	41

Fonte: Adaptado, 2021.

E ainda segundo registros da pesquisa, os dados disponibilizados pelo MP(2018), observa-se que as denúncias envolvem maternidades públicas e privadas, em que os atos de violência obstétrica mencionados nas 41 denúncias no estado do Amazonas, estão listadas as tipificações, conforme quadro adaptado a seguir.

Quadro 4 - Tipificação dos Casos de Violência Obstétrica no Amazonas.

TIPOS DE V.O	NÚMERO DE REGISTROS
Assédio Sexual	01
Coação à realização de cirurgia cesariana;	02
Exames de toque excessivos e agressivos (até mesmo por estagiários);	05
Falta de incentivo ao aleitamento;	00
Impedimento da presença de acompanhante;	11
Indução ao uso de ocitocina (hormônio sintético utilizado para intensificar as contrações);	04
Limitação da posição durante o parto (sendo obrigada a não se movimentar);	03
Maus tratos, tratamento humilhante com ofensas verbais, constrangimento, ameaças e violência psicológica;	21
Morosidade para realização de cesárea.	02
Negligência;	01
Realização de episiotomia (corte realizado no períneo) sendo um procedimento de rotina não recomendado como pela OMS;	02
Realização de Manobra Kristeller (violência física, pressão realizada na barriga da mãe para forçar a criança nascer) (procedimento abolido pela OMS).	02
Realização de procedimentos sem justificativa, sem explicação prévia e sem o consentimento da paciente;	04
Recusa da equipe médica em fornecer à parturiente e puérpera informações sobre seu bebê;	03
Restrição alimentar (uma mulher relata que chegou a ficar 48 horas sem poder comer);	03
Suborno para paciente ser internada em maternidade pública;	02
Violência Física (levou tapas na parte interna da coxa)	01
Total	67

Fonte: Adaptado, 2021

Elias (1993) na sua obra “Teoria dos Processos Civilizadores”, nos diz que, para elaborar os estágios de desenvolvimento de uma civilização, o processo civilizador nos permite sistematizar:

1) os processos educativos, institucionalizados ou não, têm centralidade em qualquer civilização, isso porque há uma constante que é a aprendizagem de comportamentos, tanto no plano individual quanto no social, transmitida de uma geração para outra, podendo se transformar em um habitus (segunda natureza); 2) a formulação e incorporação dos valores educativos como habitus implicam efetivas mudanças de conduta e sentimentos rumo a uma direção específica, maior controle social e autocontrole das emoções dos indivíduos; 3) o (auto)controle das emoções, bem como, dos saberes populares e científicos, fomenta um crescente processo de individualização no social, e esse processo passou a ser cada vez mais potencializado e assegurado por grupos e instituições específicas, no caso, a escolar; 4) a escolarização dos indivíduos tornou-se então obrigatória, e, assim, na estruturação da modernidade, a regulação dos saberes elementares fora monopolizada pelo Estado- nação como um dos fundamentos de sua existência, assim como aconteceu com o controle legítimo do uso da força física e da arrecadação tributária. (IBIDEM, 1993, pg. 60).

E ainda a reflexão proposta por Honorato (2017) é, “pensar de maneira interdependente instituições, indivíduos e sociedade, no interior de um tempo e espaço, significa identificar e analisar os acontecimentos sem estabilizá-los como estruturas superiores e sem perder a dimensão dos longos processos humanos”. Portanto, percebe-se que as instituições são figurações específicas e dialógicas com o estágio do processo civilizador de uma dada sociedade constituída de longos passados conflituosos e futuros incertos.

2.3 EXPERIÊNCIAS NO PRÉ-PARTO(TP), PARTO(P) E PÓS-PARTO(PP): V.O OU NÃO?

O material proveniente das entrevistas e analisado por meio da Análise de Conteúdo dentro da modalidade temática proposta por Bardin, emergiu para uma categoria temática principal intitulada “**Experiência da violência obstétrica no pré-parto (TP), parto (P) e pós-parto (PP): Violência ou não?**”, composta de duas subcategorias, sendo a primeira tratando do “**processo assistencial: pré-parto (TP), parto (P) e pós-parto (PP)**”, em que as mulheres relataram suas experiências, em cada etapa do processo do cuidar: pré-parto, parto e pós-parto. E a segunda tratando “**os sentimentos da experiência**” onde retratou-se dos sentimentos relacionados a assistência que as pacientes receberam durante a internação e aspectos da relação profissional-paciente na instituição Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou.

A identificação da amostra de pacientes obtida para este estudo incluiu: mulheres internadas entre 2019 e 2020, com idade: entre 18 e 36 anos, natural da capital ou interior do Amazonas, com escolaridade, do ensino médio incompleto ao ensino superior completo, sendo quatro em união estável, três casadas e duas solteiras, e com número de partos entre um e quatro (filhos).

Os resultados serão apresentados nos quadros abaixo com as respostas obtidas através das entrevistas com a utilização denominado Formulário de Entrevista Estruturada com identificação e abordagem específica sobre o tema da pesquisa com a apresentação das falas dos participantes, ou seja, as pacientes (Pc) na ordem de 01 a 09.

Em relação a questão: Comente como foi a gestação (pré-natal, tipo de parto, tempo de internação)?

Pc 01	“Data do parto:11/4/20, Parto normal. Fiz pré-natal até dois meses antes de nascer (6º mês), nasceu com oito meses. Acha que ficou internada três dias, não fez até hoje o teste do pezinho porque eu estava com medo da COVID19. “
Pc 02	“Data do parto: 01/6/2019, Parto cesárea de emergência. “
Pc 03	“Fiz pré natal na Casinha casa 029. Tomeu as vacinas; parto foi cesárea em 02/9/2020, dilatou mas perdi muito líquido, e não senti contrações. Fui internada por dois dias (desde 28/8), ficando uma semana indo acompanhar.”
Pc 04	“Parto cesárea. Todos os dois partos foram de gravidez de risco. Fiz pré-natal na Maternidade Nazira Daou. Internou dia 23/8, ficando 23 dias. Nascimento 25/8. “
Pc 05	“Fiz pre-natal pela UBS. Parto foi normal dia 31/7/2020. Ficou internada por uma semana.”
Pc 06	“Fiz pre-natal na SAMEL particular. Achava que iria fazer no hospital, mas cobraram muito caro. Ai conheci uma pessoa na Martenidade Nazira Daou que me ajudou a ter lá. Não tive escolha pelo parto, por que um foi perto do outro. Internada por uma semana, o filho teve complicação, teve o amarelinho no olho dele, a pele amarela, e teve que tomar banho de luz. Se recuperou bem rápido. Parto foi cesárea em 11/11/2019. “
Pc 07	“Fez pré natal na UBS Santos Dumont, moravam lá na época. Agora estão no Careiro Castanho/AM. Parto normal em 11/9/2020, internada por dois dias, teve ela rápido. A primeira maternidade que foi não tinha vaga, começou a sentir dores 02:00 e foi ter as 9 horas.”
Pc 08	“A gestação “foi boa ocorreu tudo bem, fiz pré-natal na casinha da saúde”, o parto foi normal dia 28/2/2020, dei entrada na maternidade as 10horas e fiquei internada por 3 dias.”
Pc 09	“Fiz pré-natal no José Rayol. O parto foi cesáreo em 07/5/20; fiquei internada por três dias. Tive COVID19 grávida de oito meses, até hoje o olfato está afetado. A maternidade estava bem lotada no dia que eu fui, e não tinha sido a primeira vez que eu tinha ido lá, pois na primeira vez eu estava perdendo líquido, mas o médico disse que o bebê estava com quatro quilos e ele nasceu com cinco quilos. E a médica já tinha passado pra mim que não tinha condições de ter normal. Pedi para fazer um ultrassom e quando voltasse já ficaria internada. Só que quando voltei já tinha outro médico, que não quis mais que eu fosse operada. Tive que esperar uns dois a três dias para poder ter.”

Em relação a questão: Como avalia as condições físicas da maternidade?

Pc 01	“Tinha tudo tranquilo, foram boas, tinha tudo. Quando ela nasceu era só ela. Deu entrada umas 23h. Estava acompanhada do marido.”
Pc 02	“É bom local, não tive do que reclamar, estava de acordo com uma maternidade pública, tinha organização e materiais, não deixou a desejar em nada.”
Pc 03	A”té a sala de cirurgia estava tudo bom. O berçário estava enferrujado, e não tinha na sala que eu e estava, arrumara de outro lugar. “
Pc 04	“Achei boa a estrutura física toda limpa, só as cadeiras para acompanhantes, que não tinha, meu esposo dormiu embaixo da cama. Na fase de transferência do meu filho para o Hospital Francisca Mendes, os aparelhos não eram recarregáveis correndo risco de óbito, o que foi comentado pela médica da ambulância do SAMU que a maternidade deveria ter esse equipamento. A médica teve que fazer oxigenação e dois maqueiros, eu acompanhei junto com minha família com desespero a situação.”
Pc 05	“A maternidade estava muito lotada, tentavam acomodar. Tem a área de aleitamento, minha filha foi pra vários quartos porque ela ficou um tempinho internada, uma semana internada. Acho que eles tentam fazer o máximo que podem dentro da estrutura que têm.”
Pc 06	“Quando eu dei entrada não tinha leito, tive que ficar numa sala onde tinha duas mulheres. Depois que sai da sala da enfermaria com outras pessoas. Na enfermaria, em questão do banheiro não dos melhores, não era tinha higiene, quase todo tempo sujo, não tinha a tampa e nem como me apoiar; as camas não tinham a parte lateral para o bebe não cair. E um pouco complicado pra mim, pelo tipo de parto. Era complicado ficar subindo. No início quem ficou comigo foi uma amiga. O meu esposo ficou comigo, após ter alta, porque minha filha ficou internada.”
Pc 07	“Instalações boas, pra mim foi bem, tinham várias mulheres para ser atendidas;
Pc 08	“Em questão de limpeza estava tudo ok, não vi nenhum problema. O lugar do parto é um só dividido por cortinhas. Não tinha leito vago.”
Pc 09	“Não tinha berço pro neném, faltava roupa de cama, estavam sujas de sangue, eu passei dois dias sem trocar a roupa de cama, a maternidade lotada, fora isso não tinha mais nada que eu pudesse reclamar não. A outra que eu estive, era pior. “

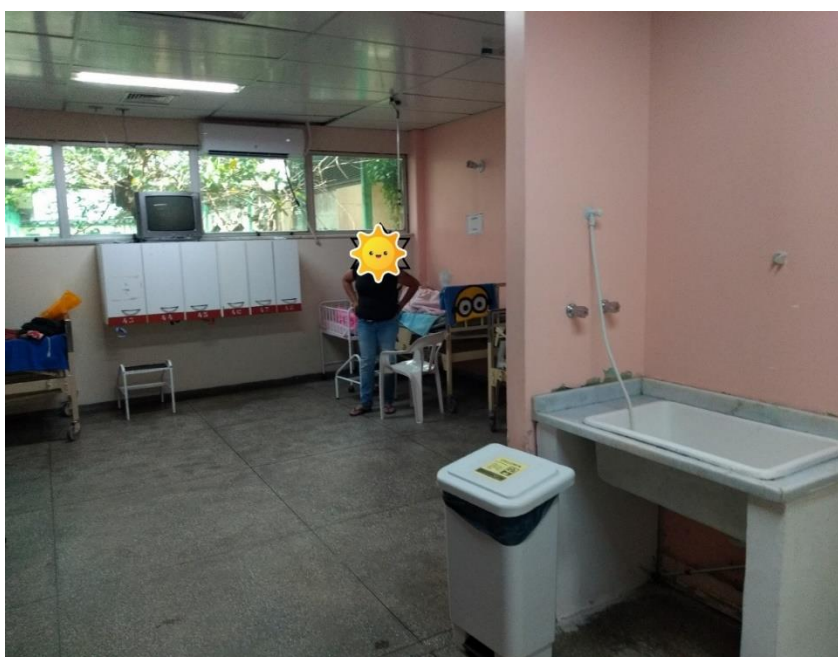


Figura 10: Sala de pós-parto dentro do PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto)
Fonte: pesquisa de campo (Jucinara Pinheiro, 2021)

Em relação a questão: Como avalia a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (atendimentos, procedimentos, recurso material)?

Pc 01	“Foi bom. Meu marido me acompanhou. Foi o único parto naquela hora, então estava tranquilo.”
Pc 02	“No pré-parto, passei por triagem, tinha material, não fui bem atendida, estava em sofrimento fetal, nesse momento não tive atenção necessária, inchada, ele todo tempo perdendo peso dentro da minha barriga, acredito que poderiam dar mais atenção, não falaram comigo. Ao chegar, a médica já viu o caso, e já me internou. No parto, no momento em que nasceu, eu recebi um pouco mais de atenção. No pós parto, depois que ele nasceu eu recebi um pouco mais de atenção. Não sei se está no prontuário, mas eu tive uma crise, passei uma tarde e um noite inteira chorando, fiquei mudo inchada, não recebi atenção. As enfermeiras não sabiam o que fazer comigo. Depois que fiquei com o meu filho, melhorou. Foram altos e baixos no atendimento, uma hora estava bom, outra hora não estava. Na fase do aleitamento, o estresse porque tinha que tirar o leite para levar para ele, porque o bebê ficou sete dias na UTIN, depois ficou comigo no setor Canguru.”
Pc 03	“Foi difícil, a minha mãe estava toda hora, ficava em cima. Fiquei mais de cinco horas sem soro, tinha que está lá perguntando. O penúltimo toque que pequei a médica foi muito agressiva, doeu, eu não fui bem atendida. Não reclamei, só quando sai da sala, me encaminharam para fazer registro num papel. Não recebi retorno sobre isso. Até reclamei na ouvidoria; teve alguns médicos que foram arrogantes. Na sala de cirurgia achei a mulher super arrogante também, porque tenho uma tatuagem e quando já estava anestesiada e a profissional comentou “Tão novinha e assim como gosta de tatuagem, gosta de fazer filho”. Me senti bastante ofendida e magoada, não tinha como falar nada. Já no parto, com outra mulher, a experiência foi boa graças a Deus, pensava que seria horrível.”

Pc 04	“No pré-parto: A Dra. parecia que tinha acabado de acordar, ela iria me induzir a parto normal, meteu o dedo lá dentro de mim, já iria me aplicar um remédio e achava que eu tinha seis filhos. Eu disse a Senhora está enganada é meu segundo filho, falei que não poderia ter parto normal por que sou hipertensa. Foi quando ela olhou minha ficha, meu nome direitinho. Durante a internação todos estavam preocupados com a questão da pressão alta e atenciosos, as auxiliares e as vezes até os médicos. No pós parto, os profissionais foram excelentes, principalmente nos cuidados do meu filho. Depois de quatro dias, no teste do pezinho descobriram a cardiopatia congênita, nesse momento eu passei muito mal, a pressão não baixava eles me trataram bem, monitorando até normalizar. No primeiro mês meu filho fez a primeira cirurgia e se recuperou, foi para semi-intensiva. Meu filho teve uma parada cardíaca no banho, voltou para a UTI. E após três meses internou novamente no Hospital Francisca Mendes, após determinação judicial. Lá teve acompanhamento mensal por todos os profissionais, nutricionista, enfermeiros e médicos. Ele ganhou peso, mas o problema foi no canal do coração estava fechando, teve crise de hipóxia. Após avaliação fez a segunda cirurgia o RN faleceu. Os problemas foram pela falta de material para as cirurgias. Disseram que foi uma cirurgia bem sucedida, mas o coração já estava muito delicado“.
Pc 05	“Não passei por nenhum perreco”.
Pc 06	“Em questão dos cuidados até que fui bem cuidada, muito bem cuidada. Todas bem educadas, todo tempo em questão de me orientar, em questão dos curativos, não tenho do que reclamar. “
Pc 07	“O atendimento foi bastante bom, tinha companhia das auxiliares e enfermeiras. Tinha várias mulheres também passando por procedimentos então graças a Deus fui bem atendida lá.”
Pc 08	“Foi tudo bem, só uma enfermeira no pré-parto que falou das contrações pediu para levantar e caminhar para ajudar na dilatação, por mais que seja mais de um filho a gente sempre nervosa, perdi muito sangue e senti muita dor. “
Pc 09	“A maternidade estava lotada, a conduta dos médicos que assumem o plantão não serem continuidade dos procedimentos acredito que por discordância, a divergência na informação sobre o peso do meu bebê ao nascer, na verdade tinha 5 kilos. Faltou recurso material, o berço, lençol de cama. “

Em relação a questão: Quais as orientações que recebeu no Trabalho de parto (TP), Parto (P) e Pós-parto (PP)?

Pc 01	“Não, não recebi nenhuma orientação. Fiquei lá na maca com meu esposo do meu lado. Ela só ia lá me ver, e ela só me falou que quando estourasse a bolsa que a chamasse. “
Pc 02	“Não recebi nenhum tipo de orientação, tanto que eu tive acabado de almoçar, e só me avisaram que eu iria operar e que seria cesárea. Não queriam permitir acompanhante porque era uma coisa de risco. Como eu estava com muito medo, e após a minha mãe insistir muito eles deixaram, o que me ajudou muito conversando, ela que assistiu, participou e orientou. Num momento em que estava sem acompanhante, eu não sabia de nada sobre o estado do meu filho quando ele nasceu, e levaram ele pra longe.”
Pc 03	“Recebi dos técnicos de enfermagem, eles eram muito legais”.
Pc 04	“Não recebi orientações, já era meu segundo parto eu já sabia mais ou menos; Após o dia do diagnóstico de cardiopatia no meu filho não foi bom. Não acionaram os profissionais do serviço social ou psicologia para conversar.”
Pc 05	“Tive bastante assistência, porque já cheguei quase tendo. Quanto ao aleitamento que eu tive bastante dificuldade, as enfermeiras estavam sempre me orientando, porque tem a salinha. Tem outras maternidades que as mulheres nem sabem. Elas estavam sempre perguntando se tem alguma dificuldade. Eu senti que era mais dificuldades de as mulheres não perguntarem ou falarem para as enfermeiras, porque elas passavam oferecendo ajuda o tempo todo. Eu aprendi bastante na maternidade, amamentar direito, limpar direito que eu não sabia, eu não tinha experiência. “

Pc 06	“No Trabalho de Parto (TP), não lembro se era enfermeira ou pediatra, mas foi uma moça lá sim, perguntar como eu estava. Deu orientação, mas não recordo. No Parto (P), na sala de cirurgia conversei mais com o anestesista e enfermeiro. Com a médica, ela só entrou quando a sala estava preparada, não chequei nem a ver o rosto dela. Mas na hora de entrar um acompanhante comigo, a médica não queria deixar ninguém entrar, não sei porque. Só deixou porque a pediatra insistiu dizendo que eu tinha direito, e aí ela cedeu. No PP (Pós Parto), eu vi a pediatra quando ela foi me mostrar o neném. Até que foi aliviador, foi tranquilo porque eu já sou experiente, já era o quarto filho, eu já sabia o que fazer. Não foi ninguém lá me orientar, acho que era porque eu estava numa sala separada, estavam dando mais atenção para as mulheres que estavam na enfermaria. Tudo demorava a chegar nesta sala que eu estava, a medicação, o almoço. Não chequei a questionar nada, até porque quando eu recebi alta, que achava que iria pra casa, quando deu que meu filho estava com a pele amarela, foi quando passei para a enfermaria e tive um atendimento melhor.”
Pc 07	“No Trabalho de parto (TP) tinha que ficar no aguardo, tive a companhia das auxiliares e enfermeiras, então foi bom. Parto (P) Foi o mesmo que ter a neném em casa, eu já presenciei. E eu não fiquei no soro. Me deram só o remédio para aumentar assim a dor, foi bem rápido; Pós-parto (PP) Tinha mais mulher no local, então pra mim foi muito bom. Fiquei com uma irmã da Igreja, minhas irmãs não podiam porque estavam no trabalho. Mas eu não fiquei sozinha.”
Pc 08	“No TP, quando eu estava esperando para ter o bebê elas sempre orientavam para não ir sozinha ao banheiro; uma enfermeira falou das contrações, pediu para levantar e caminhar para ajudar na dilatação, e por mais que seja mais de um filho a gente sempre nervosa; Eu achava que era pra ter tido mais rápido, demorei pra ter ele porque eu mesma estava me prendendo até então, uma hora me deitei e fechei as pernas e fiquei lá um tempão, era para ter tido ele mais rápido. Graças a Deus não deu nenhuma complicação, só na hora de passar que acho não estava tendo mais nem passagem, não sei. No P, O lugar do parto é um só dividido por cortinas, tive a companhia da minha mãe, na hora de ter ele, fiz muita força, perdi muito sangue, senti muita dor e ele não estava passando, e nessa situação tiveram que usar um aparelho para poder passar o bebê, tanto que ele nasceu bem roxinho, levaram ele pra fora, acho que pra reanimar, porque ele não chorou logo, segundos depois ele chorou. No PP depois ainda perdi muito sangue e sentia muita dor, até pedi pra minha mãe chamar a enfermeira para fazer a avaliação, ela teve que tirar aquele sangue e a dor passou; eu tive lá e permaneci até mudar para um leito, que não tinha. A enfermeira sempre falava como colocar a posição do bebê para amamentar.”
Pc 09	“No TP não avalio como muito boa não sabe, porque é a hora de ter atenção. No Parto (P) E quando entrei para ficar internada já foi muito bom, me atenderam muito bem. Foram orientando como iria ser até a hora da cirurgia me informaram tudinho. Uma enfermeira que me informava e media minha pressão. Fiquei acompanhada da minha irmã. O parto foi cesáreo em 07 de maio de 2020; fiquei internada por três dias. No PP também foi bom, em questão da enfermaria me atenderam muito bem, depois do parto, foi bom. Fiquei na companhia do meu marido. Tive dificuldade de amamentar, não tinha leite, e aí ficaram dando leite no copinho para o meu filho, depois que comecei a produzir leite me liberaram.”

Em relação a questão: Considera que foi cooperativa com a equipe multiprofissional nos procedimentos realizados na maternidade?

Pc 01	“Contribuí sim, não sei explicar, mas como já tinha tido meu primeiro filho já sabia como que era.”
Pc 02	“Sim, acredito que sim, como sou da área da saúde acredito que tudo que pediam para fazer eu sabia que era para o meu bem, estava seguindo o que me pediam, tentando ser cooperativa a todo o momento.”
Pc 03	“Sim, fui cooperativa”.
Pc 04	“Sim, cooperei. Fiz amizades desde o maqueiro que teve palavras de fé e encorajamento.”
Pc 05	“Sim, tinha mulher que as enfermeiras orientavam, mas queriam a mamadeira a todo custo. Tudo que elas me pediam eu fazia. Fiquei com acompanhante, meu marido, minha mãe e tia porque eu fiquei vários dias. Quando eu estava lá teve até palestra sobre aleitamento e violência. Acredito que o que falta mais é as mulheres perguntarem, não perguntam, não participam. Algumas ficam meio perdidas, no meu quarto tinha umas cinco, falta mais força de vontade. Tem mãe que falava que vai dar farinha de trigo para o filho. Eu fiz coleta de leite para doar para a maternidade, eu doe porque vi a necessidade, vi minha filha passando por isso. Participei de bastante coisas lá dentro. Tem mãe que fala que vai dar a criança. Acredito que falta falar mais sobre a importância de doar leite materno.”
Pc 06	“Sim, até para o meu próprio bem, fazia o que eles pediam. Teve uma complicação na parte de usar sonda, e eu não estava conseguindo, veio um enfermeiro que me orientou, me acalmou e eu consegui”.

Pc 07	“Sim fui, mas tava com muito medo depois me acalmei, é porque a gente ver cada caso na maternidade, fiquei com receio. Me senti mais segura porque não tinha homem. “
Pc 08	“Sim, escutando bem as orientações delas”.
Pc 09	“Sim creio que sim, acho que sim, tudo que me pediam eu fazia. “

Em relação a questão: Sua experiência durante a internação na maternidade interfere/riu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais?

Pc 01	“Não.”
Pc 02	“Não interferiu em nada. Só na fase do aleitamento, fui tratada de forma rude por uma das técnicas que estava me ensinando a tirar o leite, eu numa fase que tinha acabado de ter ele, e ela me obrigava a tirar leite toda hora, e me machucou, gerando estresse, agitação e ansiedade, desencadeou uma rede de situações. Demorou um pouco a se estabilizar, mas nada que tenha me prejudicado até hoje, é uma coisa que já ficou lá pra traz.”
Pc 03	“Não, porque deixou de lado essa mágoa que aconteceu lá. “
Pc 04	“Afeta muito, não pela parte do hospital em si, mas sim pela vivência. Eu tava em tratamento psicológico, mas parei. Eu precisei pagar. Após o parto eu tive ansiedade geral, preocupações com a COVID19, imunidade baixou, diabete adquirida e arritmia cardíaca; após a gestação eu pequei COVID19 porque a imunidade estava muito baixa.”
Pc 05	“Não, foi tudo tranquilo.”
Pc 06	“Não, de forma alguma. A primeira vez eu fui na maternidade estava acompanhada do meu marido, e o médico mandou eu ir embora para casa e esperar dilatar, acho que ele estava estressado, com raiva ou alguma coisa, até na hora de fazer o toque ele foi bem agressivo. Bem, eu fui orientada no pré-natal pelo médico particular da SAMEL que era para eu procurar a maternidade antes de eu ter contrações, porque já era o quarto parto cesárea. E na primeira vez eu fui questionando isso, e esse médico disse que não, que era pra voltar para casa e aguardar. Na segunda vez, quando voltei, por orientação do meu amigo lá de dentro, senti que fui tratada de forma privilegiada porque conhecia alguém de lá. “
Pc 07	“Não.”
Pc 08	“Foi positiva, na verdade todos os meus filhos eu tive lá. Aos oito meses de grávida chequei a ir na maternidade para o processo de laqueadura, mas eles falaram que como os outros partos tinham sido normais, tinha que esperar. E com a pandemia da covid19, tudo parou e eu não voltei mais. A minha vontade é fazer a laqueadura.”
Pc 09	“Não, nada de marcante não.”

Em relação a questão: Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto?

Pc 01	“Me sinto feliz por ter conseguido, porque quando chegamos em casa, acho que pegamos COVID em casa sentimos todos os sintomas. Ouviram na maternidade que haviam pessoas com COVID19. Evitaram contato com a criança sem usar máscara. Sintomas leves da doença, mas gripada sem olfato e paladar. Se recuperaram bem, sem sequelas, utilizaram remédios caseiros.”
Pc 02	“Sim, me sinto melhor, assim, o momento na maternidade me fez aprender muitas coisas, me trouxe momentos ruins, mas no momento me sinto bem em falar, não me sinto mal. “
Pc 03	“Sim, porque a gente precisa ser ouvido, as vezes a gente é retraída e tem medo de falar o que aconteceu e o que fazem lá dentro.”
Pc 04	“É difícil ainda. Eu estou vivendo um dia após o outro. Eu não...é meu difícil, é complicado. Ao sair de lá senti um vazio, porque sai sozinha, e ele foi transferido para o Hospital Francisca Mendes, após solicitação judicial. Tivemos que levantar uma ação contra o Estado, não queriam transferir meu filho. Foi uma luta porque era preciso uma ambulância e tivemos que acionar o SAMU. Lembro da fala do Dr. “Mae vamos para a guerra, só não sabemos se vamos sair vitoriosos”.
Pc 05	“Falar disso hoje em dia me machuca muito porque como eles furavam muito ela, para trocar o acesso, eu já não estava mais aquecendo, mas as enfermeiras me apoiaram, com certeza se tivesse vindo pra casa, eu não teria apoio. A médica perguntou se eu queria ir, e ela me deu alta. Percebi que outras mães ficavam apreensivas, mas aquela ala (Alberque) era maravilhoso. “
Pc 06	“Sim, com certeza, fiquei um pouco frustrada de estar lá por mais de três dias.”

Pc 07	“Sim, a minha filha é uma promessa de Deus na minha vida, se não fosse ela talvez eu já estivesse separada do meu marido. Ela veio trazer alegria pra gente, uma vida de paz. Foi muito diferente porque já tive dois filhos homens, e para uma menina é muito diferente, só a gente que é mãe sabe. Foi bom você ter feito contato comigo, falar sobre esses assuntos, é muito importante para gente porque tem mãe que não tem esse privilégio de falar sobre o que viveu. “
Pc 08	“Sim, não tenho lembranças ruins.”
Pc 09	“Me sinto bem, é bom a gente viver essa experiência.”

Em relação a questão: Você buscaria/retornaria nessa maternidade para algum atendimento?

Pc 01	“Sim.”
Pc 02	“Sim, porque quando estava fazendo o curso de Técnico de Enfermagem, fiz meu estágio lá, depois que teve o filho na maternidade, eu consegui acompanhar mais de perto os profissionais e acompanhar como é o processo. Mas se não tivesse estagiado lá, e numa situação de gravidez risco, eu não voltaria lá. Numa gravidez segura sim, voltaria.”
Pc 03	“Sim, porque fui em várias e lá foi o único lugar que consegui ser atendida, e apesar do que aconteceu, o melhor atendimento eu tive lá, essa foi a melhor maternidade.”
Pc 04	“Não tive mais coragem de ir na maternidade, cada cantinho de lá me lembra o que passei. Mas eu vou lá porque não quiseram fazer a laqueadura, por que era segundo filho, tenho que ir no serviço social, vou ver se tento porque meus partos são de alto risco. “
Pc 05	“Sim, sempre indico.”
Pc 06	“Sim, até me ligaram para eu ir lá, porque fiz laqueadura após o parto e a médica tinha esquecido de assinar um documento da laqueadura, só que eu não voltei mais, ainda não fui. “
Pc 07	“Com certeza.”
Pc 08	“Sim, pela experiência que eu tive lá, me receberam e me atenderam bem, então pra mim o atendimento lá sempre foi bom. “
Pc 09	“Sim, até queria porque vi um aviso sobre laqueadura e vasectomia, me interessei. E o meu filho não fez o teste do pezinho por conta da pandemia.”

Em relação a questão: O que você entende sobre Violência Obstétrica (V.O)?

Pc 01	“Não sei.”
Pc 02	“Acredito que seja o mal atendimento talvez da gestante, ser mal tratada psicologicamente e fisicamente. “
Pc 03	“Eu acho que é maltratação do paciente relacionado ao parto, a cirurgia. “
Pc 04	“Sim, já ouvi falar, algo de ruim que pode acontecer no parto, algo que não queria e foi feito. Graça a Deus eu não sofri. Um dos erros que me falaram, é que se tivessem feito o exame Ecofetal (Ecocardiograma Fetal) daria para ter descoberto a cardiopatia na gestação. Uma moça da maternidade disse que não tinha mais esse exame lá. “
Pc 05	“Eu não sofri, acredito que é o corte, a forma de tratamento, o cara te segurando forçando a tua barriga, até a psicológica ficar falando as coisas pra você, te xingando.”
Pc 06	“Não sei, nunca ouvi falar. “
Pc 07	“Já ouvi falar, mas não sei nem como lhe falar sobre isso, não tenho noção das coisas, não sofri.”
Pc 08	“Já ouvi falar, no caso é que muitas mulheres sofrem no parto algum tipo de forma de abuso. Eu tinha muito medo de acontecer comigo. “
Pc 09	“Sim, já ouvi sim, como posso explicar, é alguma violência que a mulher sofre durante o parto, fazendo algo que não é obrigatório. Não sofri violência.”

Em relação a questão: Você fez algum registro na Ouvidoria da Maternidade?

Pc 01	“Não. Faria pelo fato de na véspera da internação buscou atendimento nesta unidade e o médico que não queria fazer o toque, mas após fazer disse que não estava dilatada, prescreveu remédio para dor, e mandou voltar para casa E no dia da internação, a médica fez o toque e pediu a internação.”
Pc 02	“Não, estava muito envolvida. O fato de minha mãe não poder entrar por ele não ter deixado, mas insistindo ela entrou para acompanhar o parto. Não chequei a fazer elogios, mas faria em relação aos cuidados com o meu filho”.
Pc 03	“Minha mãe fez a reclamação sobre a médica, mas não teve retorno”.

Pc 04	“Não, também não tinha nem tempo, mas se tivesse oportunidade faria.”
Pc 05	“Não, eu nem sabia que tinha. “
Pc 06	“Não.”
Pc 07	“Não. Mas a irmã da igreja fez os agradecimentos para os profissionais, agradecer aquelas pessoas que estão ali, prestar a assistência quando a gente está sentindo muita dor. “
Pc 08	“Não sabia, se tivesse que fazer eu faria.”
Pc 09	“Não, fiz não. “

A primeira subcategoria “*processo assistencial: pré-parto (TP), parto (P) e pós-parto (PP)*”, considerou-se o que as participantes (pacientes) relataram suas experiências, em cada etapa do processo do cuidar: pré-parto, parto e pós-parto.

Ainda que a palavra hospital venha da mesma raiz que a palavra hospitalidade, muitos pacientes não consideram ambientes hospitalares como locais muito hospitaleiros. Durante a hospitalização, a mulher no trabalho de parto recebe principalmente os cuidados dos profissionais da área médica e enfermagem, os quais na maioria das vezes lhe são estranhos.

O fato do parto ser um momento único e muitas vezes inesquecível na vida da mulher, depende de cuidados despendidos por profissionais para que este ato seja o mais natural e humano possível, uma vez que o processo de parturição normal e fisiológico da mulher necessita, na maioria as vezes, de apoio, atenção, acolhimento e tratamento humanizado (ANDRADE; AGGIO,2014). Importante seria estabelecer, desde o início, relacionamento interpessoal satisfatório entre os servidores de uma maternidade e as parturientes (pacientes), no objetivo de proporcionar melhores condições para a sua adaptação ao meio hospitalar, evitando que este se torne impessoal e frio

A parturiente, cliente, usuária, também chamada de paciente, é uma pessoa que tem necessidades bio-psico-sócio-culturais e ainda os motivos que levam a mulher a procurar uma maternidade são vários, sendo o mais comum a queixa de “dor de parto” em gestação a termo; além disso, trata-se de uma fase de grande desgaste psicológico, em que as emoções em relação ao trabalho de parto variam de mulher para mulher e são influenciadas por fatores psicossociais.

Os resultados demonstraram que das nove pacientes, quatro tiveram partos normais e cinco partos cesáreas, apresentaram boa capacidade de comunicação, relatando com detalhes as experiências e expressando os sentimentos vivenciados durante a internação na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, demonstraram preservados aspectos da atenção, memória, percepção em que relataram o processo gravídico, tendo nos relatos que o maior período de internação destas pacientes nesta unidade foi vinte e três dias. Relataram ter tido acompanhamento no pré-natal, o que implica em redução de riscos por isso a importância de facilitar o acesso da gestante aos serviços de saúde. É considerado como um desafio, o

tema pré-natal está vinculado a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal. O ideal é melhorar o nível de atenção às gestantes, conscientização, aumentando a sensação de segurança nos processos e cuidados de si e do bebê, além de se tornarem multiplicadoras do saber.

Pela importância do acompanhamento no pré-natal, vale ilustrar o conteúdo da fala pela experiência vivenciada pela parturiente (Pc 04) em que após o nascimento o bebê enfrentou burocracias e necessidade de intervenção da Justiça para transferência de unidade por motivo de falta de estrutura para cirurgia e/ou equipamentos, por diagnóstico de cardiopatia congênita, um defeito na estrutura do coração que é desenvolvido ainda dentro da barriga da mãe, capaz de provocar o comprometimento da função do coração. Dados dos registros da entrevista com a Paciente (Pc 04), que relatou:

“...No pós parto, os profissionais foram excelentes, principalmente nos cuidados do meu filho. Depois de quatro dias, no teste do pezinho descobriram a cardiopatia congênita, nesse momento eu passei muito mal, a pressão não baixava eles me trataram bem, monitorando até normalizar. No primeiro mês meu filho fez a primeira cirurgia e se recuperou, foi para semi-intensiva. Meu filho teve uma parada cardíaca no banho, voltou para a UTI. E após três meses internou novamente no Hospital Francisca Mendes, após determinação judicial. Lá teve acompanhamento mensal por todos os profissionais, nutricionista, enfermeiros e médicos. Ele ganhou peso, mas o problema foi no canal do coração estava fechando, teve crise de hipófise. Após avaliação fez a segunda cirurgia, em que veio a falecer. Os problemas foram pela falta de material para as cirurgias. Disseram que foi uma cirurgia bem sucedida, mas o coração já estava muito delicado. “ (Pc 04,2021).

Na literatura não há forma de prevenção, mas, quanto mais rápido o diagnóstico, maiores as chances de o bebê sobreviver. Em muitos casos é possível descobrir ainda no feto, na décima oitava semana de gravidez, através da ecocardiografia fetal, um exame de ultrassom do coração, se o bebê terá ou não complicações. Ao nascer, o teste do coraçãozinho, obrigatório em todos os hospitais e no SUS, também serve para identificar alguma alteração. É orientação médica, caso o bebê já tenha ido para casa, observar alguns sintomas que necessitam de análise médica, em que a mãe pode verificar se a criança fica muito cansada, respira com dificuldade, fica pálida, sua, cansa nas mamadas e roxa.

Dados do Ministério da Saúde apontam ainda que 25% dos casos de cardiopatia congênita são graves e necessitam de intervenção logo no primeiro ano de vida. Segundo Sandra Pereira, gerente do Serviço de Cirurgia Cardíaca Pediátrica da Perinatal (RJ). “Não se opera nem 40% das crianças que precisam, principalmente em regiões do interior e no nordeste”. A doença mais comum é a Comunicação interventricular (CIV), em que há uma comunicação unindo o ventrículo esquerdo com ventrículo direito, demandando cirurgia de alta complexidade. Nesse procedimento, os bebês são cuidados por até onze profissionais e

acompanhados por mais cinco no pós-operatório.

O Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) para transformar-se em um novo paradigma de reorientação assistencial a partir de atenção básica, com intuito de reorganizar a estrutura do sistema de saúde brasileiro, e em conformidade com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto as condições físicas e higiênicas da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou na percepção das parurientes (pacientes) foram na maioria dos relatos de boas condições estruturais, mas constando alguns relatos de ambiente sujo, sem mobília para acompanhantes e berço para o bebê.



Figura 11: Conscientização da Portaria 930/2012 no ambiente do PPP
Fonte: Pesquisa de campo (Jucinara Pinheiro, 2021)

Quanto a percepção das parturientes (pacientes) em relação a *qualidade dos cuidados prestados*, procedimentos e recursos materiais por parte da unidade e dos profissionais (servidores), o resultado demonstrou que, a maioria não recebeu atenção necessária nas fases do pré-parto, parto e pós parto, considerando que alguns relatos estão relacionados situações de dor, medo, preocupações e estresse por parte das pacientes e registros de manejo agressivo, hostilidade e constrangimentos sofridos durante procedimentos por parte dos profissionais, incluindo a falta de orientação quantos aos procedimentos.

Quanto as *orientações nas fases do pré-parto (TP), Parto (P) e Pós-parto (PP)*, em número maior as parturientes relataram que receberam orientações da equipe no período de internação, em que relataram:

“Recebi dos técnicos de enfermagem, eles eram muito legais” (Pc 03);

“Tive bastante assistência, porque já cheguei quase tendo. Quanto ao aleitamento que eu tive bastante dificuldade, as enfermeiras estavam sempre me orientando, porque tem a salinha. Tem outras maternidades que as mulheres nem sabem. Elas estavam sempre perguntando se tem alguma dificuldade. Eu senti que era mais dificuldades de as mulheres não perguntarem ou falarem para as enfermeiras, porque elas passavam oferecendo ajuda o tempo todo. Eu aprendi bastante na maternidade, amamentar direito, limpar direito que eu não sabia, eu não tinha experiência.” (Pc 05);

“No Trabalho de Parto (TP), não lembro se era enfermeira ou pediatra, mas foi uma moça lá sim, perguntar como eu estava. Deu orientação, mas não recordo. No Parto (P), na sala de cirurgia conversei mais com o anestesista e enfermeiro. Com a médica, ela só entrou quando a sala estava preparada, não cheguei nem a ver o rosto dela. Mas na hora de entrar um acompanhante comigo, a médica não queria deixar ninguém entrar, não sei porque. Só deixou porque a pediatra insistiu dizendo que eu tinha direito, e aí ela cedeu. No PP (Pós Parto), eu vi a pediatra quando ela foi me mostrar o neném. Até que foi aliviador, foi tranquilo porque eu já sou experiente, já era o quarto filho, eu já sabia o que fazer. Não foi ninguém lá me orientar, acho que era porque eu estava numa sala separada, estavam dando mais atenção para as mulheres que estavam na enfermaria. Tudo demorava a chegar nesta sala que eu estava, a medicação, o almoço. Não cheguei a questionar nada, até porque quando eu recebi alta, que achava que iria pra casa, quando deu que meu filho estava com a pele amarela, foi quando passei para a enfermaria e tive um atendimento melhor” (Pc 06).

No âmbito de assistência as parturientes, estabelece-se uma relação entre duas ou mais pessoas, nessa relação profissional(is)-paciente a interação pode transcender a rotina e as práticas de cuidar, dar atenção e manter comunicação nas tomadas de decisão(ões), logo envolve diferentes emoções, sentimentos, julgamentos e percepções.

Nos modelos de ligações funcionais as pressões civilizadoras e a sociogênese da violência racional Eric Dunning (1992, p.344) nos remete a refletir sobre alguns aspectos:

“...as sociedades estão sujeitas a um ciclo de retorno positivo, como forma de equilíbrio, uma função civilizadora, que serve, em especial, para limitar e restringir o nível de violência nas relações sociais. Não significa necessariamente que reduza o grau de violência, mas, antes, que acentua o predomínio da vigilância, utilizando formas mais sutis”.

Já os casos em que alegaram não ter recebido orientações, o contexto relatado pelas pacientes foi:

“Não recebi nenhum tipo de orientação, tanto que eu tinha acabado de almoçar, e só me avisaram que eu iria operar e que seria cesárea..” (Pc 02);

“Não, não recebi nenhuma orientação. Fiquei lá na maca com meu esposo do meu lado. Só ia lá me ver, e ela só me falou que quando estourasse a bolsa que a chamasse.” (Pc 01); e

“Não recebi orientações, já era meu segundo parto eu já sabia mais ou menos. (Pc 04).”

O relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente é a base de todo o tratamento, pois as informações que surgem nas consultas, bem como a sua qualidade,

influenciam a adesão do paciente às instruções do tratamento. Ainda em Straub (2014, p. 355), as pesquisas demonstram que os elementos centrais do relacionamento entre paciente e profissional da saúde são a continuidade do atendimento, a comunicação, e a qualidade geral das consultas. E os mesmos princípios são aplicados a esse relacionamento, independentemente do profissional da saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta) ou do sistema de atendimento à saúde (maqueiro, recepcionista). Na visão do psicanalista inglês, Michael Balint diz que:

“o médico vale principalmente pelo que de fato ele é, antes do que pelo que sabe, diz ou faz”. Comenta que o remédio mais usado na Medicina é o próprio médico, o qual como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade (MELLO,2010).

Em vista da pobreza das relações humanas na forma de assistência e do sofrimento físico e emocional, o investimento na qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores passa a ser foco do movimento de humanização do parto.

A prática da violência institucional ou obstétrica é rotineira e remete a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres durante a prestação de serviços nas instituições hospitalares, caracterizada por condutas de profissionais da saúde que antes eram tidas como normais, mas que precisam ser coibidas nos ambientes de atendimento às mulheres. Pesquisas mostram que uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência principalmente durante o parto.

Em casos de violência contra a mulher está previstos na Lei 11.340/2006, a denominada violência obstétrica, de acordo com PICKLES (2017), constitui uma grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos, é caracterizada como atos de violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei 11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei 11.108/2005);

Segundo Maldonado (1977, p. 118), o parto é um processo psicossomático, cujas características são determinadas por várias facetas do contexto sociocultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente. Esse aspecto também é abordado por Bethea:

O reconhecimento das necessidades psicossociais da parturiente provoca mudanças na forma de atuar do pessoal hospitalar, tornando assim o parto uma experiência gratificante para a mulher. Para a enfermeira, a percepção imediata das necessidades físicas e psicossociais nem sempre é fácil, pois depende da fase do trabalho de parto

em que se encontra a parturiente e de seu estado emocional. O fato é que a parturiente, além de toda a assistência técnica, precisa de apoio emocional. Para tanto, é necessário evidenciar neste trabalho alguns aspectos da área psicossocial que podem influenciar o fenômeno do parto e o comportamento da parturiente. Essa abordagem ajuda a enfermeira a estabelecer um relacionamento satisfatório e perceber mais rapidamente os problemas, desde o momento da admissão. A percepção pela parturiente de que está sendo compreendida em suas manifestações de comportamento é fator fundamental para o êxito desse relacionamento (BETHEA,1982,p. 363).

Entre diversas tipificações da violência obstétrica, a síntese de Bowser e Hill (2010), referência na bibliografia sobre as formas de abuso e desrespeitos, é explicativa, enumerando as principais categorias verificáveis nas instituições de saúde. Tesser *et al*, em 2015, sintetizaram as categorias de desrespeito, associando-as aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social e em exemplos concretos da realidade brasileira

Quadro 5 -Categoria de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica.

Categorias de desrespeito e abuso	Direitos correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus-tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno, e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes; e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a estas mulheres, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Direito à liberdade e à autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes.
Imposição de intervenções não consentidas; Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento.	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram esta intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para prevenir danos sexuais, etc.; não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros).
Cuidado não confidencial ou não privativo.	Direito à confidencialidade e privacidade.	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante.
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito.	Formas de comunicação desrespeitosa com as mulheres, subestimando e ridicularizando a sua dor,

		desmoralizando seus pedidos de ajuda, humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está ai chorando”.
Discriminação baseada e, certos atributos.	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferenciado com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas.

Fonte: Adaptado de TESSER et al (2015)

Nesse contexto, é importante considerar o pensamento de Iamundo (2013, p.30) em que diz que as instituições sociais são originadas das inúmeras determinações sociais e culturais presentes em uma sociedade ao longo da história, assim se estruturam e se movimentam.

Elias (1994) na obra “*A Sociedade dos Indivíduos*”, nos explica que a formação sócio – histórico das atuais sociedades só existe e funciona porque há um grande número de indivíduos, os quais isoladamente querem e fazem certas mudanças, no entanto sua atual estrutura e suas grandes transformações históricas independem de suas particularidades.

Ressalta-se ainda que, estas instituições assumem uma aceção de figurações dinâmicas, e remetem a relação entre os seres humanos de forma interdependentes, representando um emaranhado flexível de tensões e comportamentos formalizados e institucionalizados demarcando especificidades e pertinência para a constituição de grupos, cidades, Estados e nações.

É de conhecimento da comunidade acadêmica, que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares é condição indispensável para a qualidade das prestações de serviços em saúde. A exemplo desse reconhecimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina no Brasil estabeleceram necessidade de que o acadêmico (egresso) adquira conhecimento teórico e prático, e que seja instruído e preparado para introjetar meios de se comunicar por meio de linguagem verbal e não verbal, o que envolve aspectos como a sensibilidade, a empatia, o interesse, e assim promover atenção e cuidado centrados na pessoa uma relação horizontal. Assim, faz-se necessário, em todos os níveis de formação, a implementação de atividades nas grades curriculares do ensino técnico ou superior, internatos e programas de residência entre outros que promovam o desenvolvimento de habilidades e avaliações sobre suas aquisições durante o período de formação.

As parturientes na sua totalidade não tiveram *conhecimento da existência de*

Ouvidoria na Maternidade, ainda que tenham demonstrado o interesse em fazer algum tipo de registro após alta, não tiveram essa oportunidade. Vale ressaltar que, conforme dados obtidos na pesquisa de campo, constatou-se que no setor da Ouvidoria funciona das 7h as 13h, em que existe a disposição de todos, internos e usuários dos serviços da unidade, a Ficha de Demandas da Ouvidoria, com os itens: Número de Registro, Data do Atendimento, Hora do Atendimento, Número do Prontuário, Nome do Paciente, Nome do Demandante, Endereço Completo e Contatos, Classificação (Denúncia, Elogio, Informação, Reclamação, Solicitação) Resumo da Demanda, Ação Imediata da Ouvidoria, tipo (presencial, email, ofício, etc), Encaminhado (Ambulatório, Central Abastecimento Farmacêutico, Direção Geral, Dietético, Gerência Enfermagem, Gerência Técnica, Laboratório, Recepção DNV, Serviço Nutrição, Vigilância), Situação (Encaminhado ao Setor, Aguardando resposta, Resolvido), Origem (Procedimento Operacional/Inerção, Recursos Humanos, Infraestrutura, Especificação de Origem (Alimentação, Atendimento Administrativo, Atendimento Geral, Atendimento Médico, Atendimento Enfermagem, Consulta, Cirurgia, Exame, Internação, Manutenção, Segurança), assinatura do demandante e Anexo da Demanda com Resumo Demanda. O quadro abaixo é o demonstrativo dos registros de demandas da ouvidoria nos anos 2019 e 2020.

Quadro 6 – Registros de Demandas da ouvidoria (2019-2020)

ANO	REGISTROS	CLASSIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO ORIGEM	ENCAMINHADO
2019	19	Denúncias: 07 Reclamações: 12	Atend. Médico: 18 Atend.Enferm.: 01	Direção Geral: 19
2020	56	Denúncias: 17 Elogios: 06 Informação: 04 Reclamação: 28 Solicitação: 01	Alimentação: 01 Atend.Adm.: 05 Atend.Geral: 06 Atend. Médico: 20 Atend. Enferm.: 10 Consulta: 03 Cirurgia: 01 Exame: 02 Internação: 04 Manutenção: 02 Segurança: 02	Ambulatório: 04 Central Abast. Farmacia: 02 Dir.Geral: 14 Dietético: 01 Ger. Enferm: 11 Ger. Téc: 19 Laboratório: 01 Recepção DNV: 01 Serv. Nutrição: 01 Vigilância: 02

Fonte: Pesquisa de Campo (Jucinara Pinheiro,2020)

No processo na construção social, Michele C. Conde (2004 *apud* MOLINA, 2011, p. 953) fala dos movimentos sociais como sendo resultantes da necessidade de melhorias na existência de personagens descontentes com a maneira pela qual são percebidos e tratados pelas esferas públicas e pelas instituições (privadas ou não) e, em última instância, e de uma maneira difusa, pela sociedade. Fato é o crescimento do número de denúncias feitas ao

Ministério Público Federal, que tem instaurado diversos inquéritos para apurar casos caracterizados de desrespeito e violência obstétrica, responsáveis por gerar desde danos físicos à gestante até danos psicológicos, em consequência de experiência negativa vivida no pré-parto, no parto ou no pós-parto.

O desconhecimento dos direitos da parturiente é o primeiro aspecto considerado quanto a uma violência que se inicia; por exemplo, a ausência de informações fundamentais para tomada de decisões importantes, como o tipo de parto mais apropriado para suas condições, pode afetar aspectos emocionais e criar descontrole de fatores psicológicos que predisõem a distúrbios físicos e comportamentais.

A responsabilidade pela violência obstétrica é diretamente do agente público que a causou, podendo este responder por suas ações em várias esferas, a depender da amplitude do dano causado – entretanto, cabe também indiretamente ao Estado, sobre o qual recai a responsabilidade objetiva quanto à prestação de serviços públicos. A judicialização dessas responsabilidades pode e deve ser utilizada como medida educativa para os agentes das áreas de saúde e administrativa, a fim de ajustar condutas. Ressalta-se que a ineficiência do Estado na tomada de providências ou mecanismo de controle, já que a constituição profissional é mais técnica/mecânica do que técnica-humanizada, civilizada.

A saúde é um direito fundamental de responsabilidade do Estado e seu acesso deve ser irrestrito, também fica a cargo dos poderes públicos assegurar que este serviço de saúde tenha o mínimo de qualidade necessário para atendimento da população, mesmo quando prestado por entidade particular, pois cabe a eles a fiscalização do exercício da atividade que autorizaram. Entede-se que esse diálogo se faz importante e urgente para a garantia de um acesso com qualidade aos serviços de saúde, visando a construção de uma figuração que garante a reivindicação e promoção de espaços de debates, para efetivas práticas de políticas públicas visando erradicação da violência obstétrica, bem como reparar as praticas, registros, penalidades eficazes.

A segunda subcategoria denominada “*os sentimentos da experiência*”, retratou os sentimentos relacionados a assistência que as pacientes receberam durante a internação e aspectos da relação profissional-paciente na instituição Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou.

Considerando que as funções naturais foram sendo conduzidas pela repressão, formas de regulação e ocultamento com propósito de preservar padrões de vergonha, pode-se verificar que mesmo que involuntariamente, um relaxamento de alguma função corporal, pode implicar em sentimento de constrangimento. Ao que em Elias (1990, p.188) o medo

causado por experiências desse tipo pode e tem desempenhado importante dispositivo de autocontrole pessoal, em que diz: “A tendência do processo civilizador torna mais íntimas todas as funções corporais, a encerrá-las em enclaves particulares, a coloca-las ‘atrás de portas fechadas, produz consequências diversas.”

Em relação aos resultados, após a experiência da internação na maternidade as parturientes relataram não terem prejuízos na *capacidade para participar em atividades recreativas e sociais*, e na maioria dos casos, sentiram-se melhor depois de terem tido a oportunidade de falar sobre a experiência vivência na maternidade. Entre os relatos pode-se citar:

“Não interferiu em nada. Só na fase do aleitamento, fui tratada de forma rude por uma das técnicas que estava me ensinando a tirar o leite, eu numa fase que tinha acabado de ter ele, e ela me obrigava a tirar leite toda hora, e me machucou, gerando estresse, agitação e ansiedade, desencadeou uma rede de situações. Demorou um pouco a se estabilizar, mas nada que tenha me prejudicado até hoje, é uma coisa que já ficou lá pra traz” (Pc 02);

“Afeta muito, não pela parte do hospital em si, mas sim pela vivência. Eu tava em tratamento psicológico, mas parei. Eu precisei pagar. Após o parto eu tive ansiedade geral, preocupações com a COVID19, imunidade baixou, diabete adquirida e arritmia cardíaca; após a gestação eu pequei COVID19 porque a imunidade estava muito baixa.”(Pc 04),

“Não, de forma alguma. A primeira vez eu fui na maternidade estava acompanhada do meu marido, e o médico mandou eu ir embora para casa e esperar dilatar, acho que ele estava estressado, com raiva ou alguma coisa, até na hora de fazer o toque ele foi bem agressivo. Bem, eu fui orientada no pré-natal pelo médico particular da SAMEL que era para eu procurar a maternidade antes de eu ter contrações, porque já era o quarto parto cesárea. E na primeira vez eu fui questionando isso, e esse médico disse que não, que era pra voltar para casa e aguardar. Na segunda vez, quando voltei, por orientação do meu amigo lá de dentro, senti que fui tratada de forma privilegiada porque conhecia alguém de lá.” (Pc 06); e,

“Foi positiva, na verdade todos os meus filhos eu tive lá. Aos oito meses de grávida cheguei a ir na maternidade para o processo de laqueadura, mas eles falaram que como os outros partos tinham sido normais, tinha que esperar. E com a pandemia da covid19, tudo parou e eu não voltei mais. A minha vontade é fazer a laqueadura.”(Pc 08)

Entende-se que, este estudo apresentou também aspectos de relevância social, constando-se a permanência da relação de interdependência, possibilitando a discussão acerca do motivo transparente na ação social, bem como os fatores motivacionais que impulsionam suas escolhas.

Goudsblo (2009,p.47) fala que as emoções se caracterizam como “dores sociais”, que associadas a padrões de regulação específicos da civilização são capazes de modular e punir as estruturas psíquicas. Os significados delas são visto por Elias, como um dado de relevância potencialmente no estabelecimentos de novos padrões de comportamento e no direcionamento específico dentro da civilização.

Compreende-se que a questão da violência, trata-se dos instintos da agressividade e

seu lugar na vida social, onde Elias vem mostrar como as pulsões agressivas sofreram forte mudança de direção, onde os padrões aceitos foram modificados na sociedade civilizada, e assim, o que antes era aceito dentro de normalidade se transformou em morbidez, violência obstétrica. É uma visão da transformação das pulsões agressivas em objeto sociológico, no processo civilizador.

Ainda considerando o contexto, ressalta-se que se tratando de aspectos motivacionais para a ação, os resultados reforçam que a humanização parte do princípio de mudança no modelo de prestação de atendimento/hospitalização/medicalização nos serviços de assistência, com a finalidade de priorizar a qualidade dos serviços prestados; o respeito aos direitos da mulher conforme proposta da Organização Mundial de Saúde (1985), na qual consta o incentivo ao parto vaginal e ao aleitamento materno no pós-parto imediato; o direito ao acompanhante no parto; o alojamento conjunto de mãe e recém-nascido; o auxílio das enfermeiras obstétricas na atenção aos partos e parteiras leigas onde não houver rede hospitalar.

Os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde são resultado da sua percepção a partir do contexto sociocultural. Assim, a mudança de comportamento é uma consequência social, para humanizar o atendimento à mulher, há necessidade de respeitar o contexto sociológico, a fim de determinar as formas de conhecimento e as ações no período reprodutivo (DINIZ, 2001).

O resultado deste estudo demonstrou ainda, que das experiências relatadas pelas parturientes entrevistadas, que em relação a satisfação da interação com a equipe de profissionais de saúde, ainda são poucos os casos em que se percebe que pacientes e acompanhantes passaram a buscar seus direitos legais, saindo da submissão à incontestável autoridade dos profissionais de saúde. Sendo este um dos principais fatores que marcam negativamente a memória em relação a experiência vivenciada durante a internação para o parto. Entre os relatos:

“Não queriam permitir acompanhante porque era uma coisa de risco. Como eu estava com muito medo, e após a minha mãe insistir muito eles deixaram, o que me ajudou muito conversando, ela que assistiu, participou e orientou. Num momento em que estava sem acompanhante, eu não sabia de nada sobre o estado do meu filho quando ele nasceu, e levaram ele pra longe.” (Pc 02).

Segundo Simões (2003) o processo civilizador mostra instrumentos cada vez mais sofisticados de controle da violência, que é um fenômeno de manifestação de existência

humana, presente em toda a história. Elias identificou o padrão de hábitos e comportamentos a que a sociedade procurou influenciar o indivíduo e este a sociedade (ELIAS,1994:95).

Para Elias o desafio, no modelo de processo civilizador, é buscar formas de identificar as relações de poder como algo presente no cotidiano da vida humana como parte de um processo e levar à compreensão de que os indivíduos vivem numa relação de interdependência funcional, nesse caso, as relações entre parturiente e agentes da saúde há essa relação, porém nessa figuração o poder ainda se concentra nas mãos dos primeiros pois se percebe um distanciamento da concepção de interdependência, ou seja, para um médico ou médica fazer o bem ou o mau a uma parturiente, precisa antes de tudo, que ela esteja nessa relação.

A figuração demonstra que a relação profissional paciente é assimétrica e hierárquica, relação que envolve o paciente num momento de necessidade de cuidados e num estado de sensibilidade sob a influência de figura de autoridade e poder, logo a parturiente é a figura sem autonomia, sem esclarecimentos e não participante da tomada de decisão. Assim, quem depende mais do outro está sob o poder, em que o poder do profissional de saúde é para salvar vidas e trazer conforto, isso seria uma atitude civilizatória e ainda reforça a idéia de constituição profissional.

Partindo do que defende Makout (2001) que o ser humano cria cultura, então o conhecimento sempre será parcial e incompleto. Um exemplo seria, as habilidades de comunicação em educação médica podem ser definidas como tarefas e/ou comportamentos observáveis durante a entrevista: coleta de dados, explicação ao paciente sobre seu diagnóstico, prognóstico e proposta terapêutica, discussão do plano de cuidados e oferta das informações necessárias sobre procedimentos, além da obtenção do consentimento para a realização deles.

Ressalta-se ainda que, a tomada de decisão informada ou compartilhada com foco no respeito aos valores e preferências dos pacientes, é uma forma de lidar com o paternalismo naturalizado entre os profissionais de saúde, decorrente do caráter assimétrico da relação profissional-paciente, caracterizado pelo poder. E ainda, o modelo de educação que preparou para atuar com os outros rompeu com a ideia de interdependência e induziu que na figuração estabelecida e as relações de poder que se mostram, quem precisa mais, fica sujeito à força do poder.

Com base neste cenário, há que se considerar, que as instituições de Ensino Superior vêm passando pela experiência de receber universitários, tornando-se uma fortaleza em conhecimentos, bem como um ambiente de formação, em que a socialização ocorre de forma intercultural, onde o desafio é promover encontros entre diferentes categorias da

saúde, órgãos, instituições privadas e públicas, para além de aproximar a universidade com a comunidade, fazer nesse ambiente de formação, onde a socialização ocorre de forma intercultural, e que o diálogo universitário deve ser valorizado, permitindo a interculturalidade de saberes no meio acadêmico.

A utilização da abordagem interdisciplinar na área das ciências humanas, buscou compreender a questão problematizadora: *se a violência obstétrica como um fato social que possui caráter de exterioridade em relação as consciências individuais (discurso, práticas), exerce uma força coercitiva?* Nessa questão, a temática abordada, partindo-se do princípio de que o motivo que advém da ação social possibilita desvendar o seu sentido, é a expressão da motivação individual na conduta humana, que é social na medida em que cada indivíduo age levando em conta a resposta ou a reação de outros indivíduos, assim, pode-se dizer que o que nos interessa é o sentido das ações humanas presentes na realidade social.

Na obra sociologia e antropologia do Direito, Eduardo Iamundo (2013, p.32) tratando do processo de socialização, defende que socializar é processar uma identidade na pessoa, ou seja, é preciso uma identificação com o outro, em que ocorre aquisição e transformações comportamentais. Nos leva a consciência de que essas aquisições são advindas do processo educacional, seja formal ou informal. O informal adquire-se nos espaços da família, da religião, na classe social e cultura a que convivemos, é onde se inicia o processo de socialização, é identifica-se, é pertencer. Enquanto que o formal, verificado dentro das escolas, de caráter de formação de identidade, e nele as práticas informais aprendidas podem sofrer modificações, por vincular-se a transmissão de conhecimentos tecnológicos e científicos. A contribuição da educação é socializadora, entretanto constante tanto como na escola como na família, sendo as duas responsáveis pela mesma.

E ainda no que diz Iamundo (2013, p 33) assim, mesmo o processo de transmissão de práticas consideradas válidas, de modo generalizado, há também a transmissão de práticas que são consideradas negativas, ou, melhor ainda, de práticas diferentes daquelas estabelecidas como padrão. Portanto, na socialização, devemos atentar tanto para o que é denominado positivo quanto para aquilo que é denominado negativo. Nos remete a pensar que a sociedade com profundas desigualdade, inibe-se em compartilhamento de valores, inclusive.

Pode-se somar ao que Eric Dunning (1992, p.345) na obra a Busca da Excitação, representou a dinâmica social da criação de violência sob condições de ligação segmentar que envolvem as principais direções de influência no ciclo de retorno positivo.

O que para Elias, os processos sociológicos estão ligados intimamente aos processos históricos, psicológicos, históricos e educacionais (DELZESCAUX apud Costa 2017, p.35),

por considerar o indivíduo está dentro de uma rede de relações sociais, o que nos convida a pensar nas estruturas dinâmicas e em constante transformações.

Segundo Durkheim apud Iamundo (2013, p.47), o fato social é objeto da Sociologia possuindo características essenciais e fundamentais denominadas: exterioridade, coercitividade e generalização. Pela exterioridade entende-se como a manifestação exterior ao indivíduo, traço que permite a identificação do objeto, considera a sociedade formada antes do indivíduo e apresenta-se a ele como coisa. Pode-se compreender que nessa característica encontram-se as formas de agir, de pensar, de ser do indivíduo externamente e a coerção será proporcional ao processo de acomodação do estabelecido pelo social. Logo, a coerção não se manifestará se não houver transgressão por parte do indivíduo, ou seja, se não houver agressão às normas (leis, regras, normas). Na coercitividade, a sociedade exige um tipo de estrutura para a manutenção da organização social, e considera a coerção relacionada aos costumes social imposto e passível de sanção. E na generalização, trata-se da consciência coletiva oportunizando a compreensão dos fatos sociais, particularmente neste estudo, refere-se ao ato da violência.

Os pensadores mais contemporâneos, a exemplo Husserl (1869), que defende que a fenomenologia está preocupada com a realidade cognitiva que está incorporada nos processos das experiências humanas. Ao passo que Schutz (2012), apresenta conceitos fenomenológicos que são socialmente relevantes em uma pesquisa fenomenológica, tais como os de consciência, experiência, significado, conduta, atenção a vida e ação do mundo exterior.

Observa-se que, Norbert Elias, procurou desenvolver um pensamento que ultrapassa as fronteiras estabelecidas entre os campos de conhecimento, resistindo aos dualismos simplistas e às categorizações estereotipadas, e que através da multiplicidade de assuntos e da diversidade de disciplinas, o sociólogo foi estendendo os limites da sociologia ao compreender que os processos sociais não existem em si mesmos, mas estas desencadeiam processos históricos, educacionais, psicológicos e biológicos.

Para Weber o conceito de ação social é ação que o indivíduo faz, orientado por outro, e ainda considerando que a escolha do mesmo só é feita se está motivado a fazer, apresentando alguns tipos de ação social: a) Ação Tradicional: é aquela que determina por um costume ou hábito; b) Ação Racional com Relação a um valor: é aquela que se deve ser fiel a sua ideia até o fim; c) Ação Afetiva: utiliza os sentimentos, corresponde a emoção, sentimento, valores, amor; e d) Ação Racional com Relação a um Fim, que se refere a ser pontual, manter sua posição, usando a razão para determinar um fim (GIDDENS,2005)

A teoria da Origem da Dominação e do Poder de Weber é a que foi uma elaboração

conceitual para fazer uma dominação social e do poder. Podemos destacar três tipos de dominação: a) Dominação Tradicional – características Patriarcais, oriundas de uma família, costume, hábitos; b) Dominação Carismática, - Devoção a um líder, discurso político, orador; e c) Dominação Legal – tem por base leis, estatutos, regulamentações (POYER, 2007).

Segundo WEBER em relação aos conceitos de tipos ideais (apud SELL p. 114, 2002):

Obtém-se um tipo ideal mediante a acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista, e mediante o encadeamento de grande quantidade de fenômenos isolados dados, difusos e discretos, que se podem dar em maior ou menor número ou mesmo faltar por completo, e que se ordenam segundo os pontos de vista unilateralmente acentuados, a fim de se formar um quadro homogêneo de pensamento.

Portanto, nos apresenta o “tipo ideal” a ser alcançado e classificado por diversas características que são estudadas cientificamente, para compreender a realidade, mas não deve ser confundida como modelo de realidade e sim um instrumento que guia os cientistas em seus estudos. É a forma de construção de conceitos, um quadro ideal dos acontecimentos.

Weber traz o conceito de Educação baseada na razão. Prepara o indivíduo para a vida social e enfatiza o papel do educador e do pesquisador, já que os tipos de ações sociais são construções teóricas, que tornam compreensíveis ações de agentes sociais.

2.4 IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

A sociedade contemporânea é marcada pelo conservadorismo, machismo, sexismo e misoginia⁸, a banalização da violência contra a mulher ocorre de diversas formas e é existente nos mais distintos segmentos sociais. A V.O também é banalizada, estando associada ao mecanismo psicológico de defesa do ego, em que a psicologia fundamenta como a situação por deslocamento, um “mecanismo psicológico de defesa, onde a pessoa substitui a finalidade inicial de uma pulsão por outra diferente e socialmente mais aceita” (SILVA, 2010, p. 5)

Pela forma como a violência obstétrica é expressada desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (não utilizar medicação analgésica quando tecnicamente recomendada), uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente as evidencias científicas com potenciais de risco e

⁸ Ódio ou aversão às mulheres, detestar. A principal causa da misoginia é o sistema patriarcal, ou seja, pautado pelo domínio masculino, que estrutura as diferentes sociedades ao longa da história da humanidade. Faz com que as camadas de poder da sociedade sejam majoritariamente representado por homens.

sequelas, até abuso sexual, passou a ser melhor investigada por pressão direta do movimento de mulheres mães e profissionais em prol da humanização do parto.

O psicanalista inglês, Michael Balint diz que:

“o médico vale principalmente pelo que de fato ele é, antes do que pelo que sabe, diz ou faz”. Comenta que o remédio mais usado na Medicina é o próprio médico, o qual como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. (MELLO,2010, p. 80)

A noção de indivíduo tal qual conhecemos no Ocidente é uma categoria do pensamento ocidental, construída ao longo dos últimos séculos, a qual atribui valor fundamental ao indivíduo como pessoa singular e única, dotada de razão, interioridade e verdade (DUMONT,1985).

Considerando os aspectos singular e individual de cada parturiente, a percepção negativa da experiência/vivências em qualquer fase da gestação, pré-parto, parto ou pós-parto, inicia pela ausência de informação quanto ao tipo de parto mais apropriado pelas condições de saúde da mulher e conceito, falta de conhecimento dos seus direitos na assistência ao pré-natal e parturição. A postura dos profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, diante das práticas intervencionistas a que submetem a parturiente provoca insegurança, angústia e medo.

Em Maldonado (1976, p.101) numa perspectiva de situações de crise⁹, ou seja, encruzilhadas existenciais, necessárias ao desenvolvimento da pessoa, onde na gravidez o momento é de reformulação de valores vitais da mulher. As mudanças são fisiológicas e psicossociais, em que a gravidez traz mudanças de identidade e novos papéis a serem definidos. E incluindo os aspectos socioeconômicos, a gravidez representa um núcleo de tensões entre vários fatores. Ao que Maldonado (p.16) diz:

“É necessário pensar não apenas em termos de ‘mulher grávida’, mas sim de ‘família grávida’, ao contrário da maioria dos trabalhos, que focaliza exclusivamente a situação da mulher, como se a mesma não fizesse parte de um conjunto dinâmico.” Então observa-se a gravidez como crise existencial e como drama familiar. E aqui considerou-se que o parto é o ponto alto da crise, que a resume e a sintetiza. Percebe-se a importância da modalidade de parto escolhida pela parturiente, o preparo psicológico no processo até o puerpério e a amamentação com seu significado psicológico.

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10

⁹ Conceito de crise elaborado por Kaplan, definido como perturbação temporária de um estado de equilíbrio.

(1993:145) a experiência negativa da violência pode produzir consequências traumáticas em um momento de fragilidade física e emocional. A resposta ao estresse varia conforme determinado estressor é percebido, incluindo-se a interação entre fatores biológicos e psicossociais na saúde e na doença. Assim, alguns indivíduos são mais vulneráveis a doenças porque seus sistemas biológicos apresentam maior reatividade, respondendo com maior intensidade a determinados gatilhos ambientais. A internação hospitalar para a maioria das pessoas significa separação da família; solidão; abandono; limitação da atividade; medo do desconhecido; entre outros.

Na CID-10 os transtornos psicológicos podem predispor a distúrbios físicos e a determinados comportamentos em relação à doença, por meio de inúmeras vias biológicas, comportamentais (práticas de saúde deficientes, uso inadequado dos serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento), cognitivas (interpretação equivocada de estímulos físicos, representações incorretas de doenças e foco em processos decisórios em relação à saúde) e sociais (interferência na vida cotidiana e nos papéis sociais e isolamento social).

No que se refere aos aspectos emocionais, segundo Straub (2014, p. 344), a maneira pela qual interpretamos os sintomas é influenciada por nossas experiências prévias e expectativas. Diante de um quadro de estresse, nem todos lidam de maneira eficaz com a sua sintomatologia, singular e individual a cada estrutura psicológica que compõe o ser humano, tendo em vista que nossos recursos de enfrentamento podem ser mais comprometidos pela perspectiva biopsicossocial. Não há controle de todos os fatores psicológicos e sociais que afetam nossa capacidade de enfrentamento e manejo de situações-problema.

Os transtornos psicológicos podem predispor a distúrbios físicos e a determinados comportamentos em relação à doença, por meio de inúmeras vias biológicas; comportamentais (práticas de saúde deficientes, uso inadequado dos serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento); cognitivas (interpretação equivocada de estímulos físicos, representações incorretas de doenças e foco em processos decisórios em relação à saúde); e sociais (interferência na vida cotidiana e nos papéis sociais e isolamento social).

Straub (2014 p. 90) na obra *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*, observa que modelo da diátese ao estresse, propõe que dois fatores que interagem continuamente determinem a suscetibilidade do indivíduo a estresse e doença: fatores de predisposição, que estabelecem a vulnerabilidade de uma pessoa; e fatores de precipitação do ambiente. O autor considera que a predisposição pode resultar de fatores genéticos ou de fatores ambientais anteriores. Os fatores ambientais precipitantes (estresse) são específicos à determinada condição de saúde, enquanto os fatores genéticos predisponentes (diátese) não o

são.

De acordo com a CID-10 (1993:145), o Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1), vem como resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de uma natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, causa de angústia invasiva em quase todas as pessoas. Fatores predisponentes, como traços de personalidade ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar o seu curso, porém não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência. Sintomas típicos incluem episódios de repetidas reviviscências do trauma sob a forma de memórias intrusas (flashbacks) ou sonhos, ocorrendo contra o fundo persistente de uma sensação de "entorpecimento" e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades e situações recordativas do trauma.

O descrito na CID-10, comumente há medo e evitação de indicativos que relembrem ao paciente o trauma original. Raramente, pode haver surtos dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressão, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e/ou reviviscência súbita do trauma ou da reação original a ele. Há usualmente um estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância, uma reação de choque aumentada e insônia. Ansiedade e depressão estão comumente associadas aos sintomas e sinais acima e ideação suicida não é infrequente. Uso excessivo de álcool ou drogas pode ser um fator de complicação. Em uma pequena proporção de pacientes, a condição pode apresentar um curso crônico por muitos anos e uma transição para uma alteração permanente de personalidade (F62.0 Alteração permanente de personalidade após experiência catastrófica).

CAPÍTULO III – ASPECTOS POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

“A história da sociedade até aos nossos dias é a história da luta de classes”. (Karl Marx)

O Brasil é referência mundial pelo polimorfismo cultural, complexidade e diversidade de etnias e povos tradicionais, concentradas na maior parte na região Amazônica, fonte de recursos naturais, espaço de construção e transformações de conhecimentos ancestrais, cultura e saberes.

Consta na Constituição Federal de 1998, o princípio da igualdade e o direito à plena assistência à saúde, e ainda na Carta Magna consta o dever do Estado de coibir a violência contra as mulheres, que inclui, portanto, o dever de prevenir e punir a violência obstétrica. E de acordo com o artigo 5º-CF: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Conseguir investigar e visualizar a Amazônia através da sua territorialidade, dos costumes, crenças e tradições entre os seus povos, transmitidas de geração a geração, nos remete a refletir a formação de seus processos socioculturais.

Clifford Geertz (2008), em sua obra “A interpretação das culturas”, cita que é necessário estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear territórios, manter um diário para assim compreender a espacialidade do campo.

Neste capítulo, será discutido a violência obstétrica em uma visão coletiva, os avanços e desafios dos movimentos no Amazonas, a partir das manifestações, eventos e atividades desenvolvidas na cidade de Manaus. Trazendo nas categorias a discussão de políticas públicas no combate, assistência às parturientes e as práticas de enfrentamento e erradicação da violência obstétrica no Amazonas.

Enfatizou-se, a invisibilidade do tema principalmente pelo corporativismo da classe médica, as políticas públicas de saúde, o descaso no atendimento e falta de registro e prosseguimento do processo junto aos órgãos responsáveis na região, por fim ausência de políticas públicas efetivas que promovam a inclusão das mulheres vítima de violência no período gestacional, parto e pós parto nos registros das unidades hospitalares públicas e privadas do Estado do Amazonas.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A responsabilidade do Estado originou-se no Direito Civil, e consiste na obrigação de indenização do dano patrimonial decorrente de fato lesivo causado pelo poder público. Trata-se, no Direito Público, de uma modalidade de obrigação extracontratual, sendo necessária a presença de alguns elementos para que se caracterize. Inicialmente, seria necessária a ocorrência do dano patrimonial ou moral, o nexo de causalidade entre o dano e a ação ou omissão do agente público, ou seja, há necessidade de que o dano seja proveniente direta ou indiretamente de ação ou omissão do agente, tendo ocorrido por culpa deste último.

Nesse sentido, podemos considerar que a responsabilidade do Estado será decorrente de ações unilaterais, omissivas ou comissivas, legais ou ilegais, jurídicas ou materiais, que sejam imputáveis a agentes públicos. Em que a legislação pátria previu três tipos de responsabilidade dos agentes públicos: penal, administrativa e civil.

Vale ressaltar que durante os séculos XVIII e XIX o Estado possuía como principais funções a segurança pública e a defesa de sua soberania, em caso de embate externo. Entretanto, com a ampliação da democracia, houveram mudanças relativas a essas responsabilidades do Estado perante os cidadãos.

A definição Políticas Públicas para Melo (2015) “é um conjunto de atos unificados por atos condutor que os reuniria ao objetivo, meta ou alvo comum de realizar um projeto de governo para o país”. Conforme orientado pelo autor, observamos que as políticas públicas são os instrumentos por meio dos quais se administra objetivando um fim comum ao interesse público. Portanto, Políticas públicas, nada mais são do que um conjunto de ações ou decisões tomadas pelos governos federais, estaduais ou municipais, que tenham a participação direta ou indireta de entes públicos, podendo também ter a participação de entes privados, visando assegurar os direitos de cidadania para os diversos grupos que compõem à sociedade, assegurando, principalmente os direitos constitucionalmente previstos.

Mas o conceito de políticas públicas pode possuir dois sentidos diferenciados, um político e o outro administrativo. No primeiro, elas são emanadas como um processo decisório do Estado, onde o mesmo decide o que fazer e o que não fazer, também como fazer, entretanto, podem existir naturais conflitos de interesses até a tomada de suas decisões. Nesse sentido, uma política pública pode ser parte de uma política de Estado, a qual independe do governo ou governante, mas tem obrigatoriedade de ser realizada porque é determinada pela constituição, mas aquela que faz parte da política de governo depende diretamente da alternância no poder, pois cada governante tem seus projetos que deverão ser transformados em políticas públicas. No segundo ponto de vista, elas são um conjunto de atividades, programas e projetos realizados pelo governo, é a atividade da administração do Estado na persecução dos objetivos que satisfaçam as

necessidades da população no seu âmbito, seja nacional, regional ou local.

No Brasil desde o final de 1980, a violência obstétrica já era tema de políticas públicas, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em busca de combater e erradicar o tratamento impessoal, desatendo e agressivo à saúde da mulher. Porém foi negligenciado diante da resistência dos profissionais que não reconheciam a falta de sensibilização nos atos.

A violência obstétrica representa um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e potencial necessidade explicativa, e com ampla repercussão sobre a saúde de parturientes e nascituros. O relacionamento entre os profissionais da saúde e o paciente é a base de todo o tratamento, porém há resistência em maior em admitir e aderir a novas práticas, que resulta numa série de elementos complementares, como temperamento, moral, personalidade, ética, caráter, identidade e atributos do ego, e assim considera-se relevante chamar a atenção inclusive para a formação psicológica dos profissionais de saúde e demais agentes nas instituições prestadoras de serviços nesta área.

As desigualdades de gênero possuem raízes profundas na história do Brasil. Destarte, torna-se de suma importância a caracterização e reflexão acerca dos preconceitos e discriminações que cotidianamente as mulheres passam e enfrentam nas diversas instituições que deveriam pautar o Sistema Único de Saúde como um sistema universal, igualitário e integral.

Em 1993, através do Movimento Feminista e promoção de cursos de combate à violência contra a mulher, dando origem ao Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em parceria com o Departamento de Medicina da USP-SP.

Segundo Diniz et al, (2005, p. 631) a participação da Rede pela Humanização do parto e do Nascimento (ReHuNa) destacou o reconhecimento das circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência a mulher no momento do parto.

No ano de 2001, o Brasil concluiu a Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI da Mortalidade Materna, constatando que 98% das mortes maternas seriam evitáveis, e portando determinou uma série de políticas públicas para melhorar a condição de assistência ao parto, com certeza a prática de violência obstétrica contribui para os elevados patamares de morte materna no nosso país.

A saúde tem previsão constitucional por ser essencial á dignidade da pessoa humana, caracterizando-se como um direito social, logo no Art. 6º:

Art.6 São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção á maternidade, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 6, 1988).

Por sua importância, não é somente nesse artigo da Constituição que encontramos a

previsão da manutenção da saúde; no Art. 196 está determinado que o acesso à saúde é irrestrito e independe de pagamento:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 196, 1988).

Também conforme a Constituição, a saúde é competência do Estado, considerado em toda sua amplitude, ou seja, União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim determina o seu Art. 23:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

...

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 23, 1988).

Dessa forma, caracteriza-se a obrigação do Estado em proporcionar os meios necessários à manutenção da saúde para toda a população. Para isso é necessário desenvolver várias ações, atuando em diversos campos como: educação, saúde, segurança, etc. e, para que possa alcançar seus objetivos diversificados, se utiliza das políticas públicas.

Constante na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005, p.1-2), o estabelecimento da assistência ao parto humanizado em seu art. 2º com destaque aos incisos I, IV e VI: Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.

No entanto, mesmo com a previsão legal e constitucional, os serviços públicos de saúde há algum tempo têm se apresentado deficientes. Vários são os problemas enfrentados por quem necessita da saúde pública: além da rede precária, verificamos falta de medicamentos; equipamentos quebrados ou obsoletos; falta de itens básicos; demora e defeitos no atendimento; entre outros problemas até mais graves causadores de danos irreversíveis à população que

necessita destes serviços.

Não é rara a condenação da Fazenda Pública, seja Federal ou Estadual, ao pagamento de indenizações por falhas nos atendimentos médicos em hospitais da rede pública. Tais condenações ocorrem em virtude da previsão do Art. 37 da Constituição da República, que prevê a responsabilidade objetiva do Estado pelos danos causador por seus agentes a terceiros:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

...

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 37, 1988).

Vários doutrinadores pátrios confirmam esse entendimento e o ampliam no caso da saúde, em atendimento à publicação constante do Art. 196 como anteriormente citado.

Como a saúde é dever do Estado e sua responsabilidade é objetiva, dispensa-se a verificação de culpa da ocorrência do dano, bastando somente a comprovação da relação causal entre o fato e o dano para que se apresente a necessidade da reparação deste último. O que segundo Mello (2014, p. 974):

Parece-nos que a solução correta do problema, à luz dos princípios inerentes ao Estado de Direito – prescindindo-se, pois, de disposições particulares porventura estabelecidas nos Direitos Positivos Constitucionais –, exige o descrimen de três situações distintas a saber:

- a) Casos em que é o próprio comportamento do Estado que gera o dano. Trata-se, portanto, de conduta positiva, é dizer, comissiva, do Estado.
- b) Casos em que não é uma atuação do Estado que produz o dano, mas, por omissão sua, evento alheio ao Estado causa um dano que o Poder Público tinha o dever de evitar. É a hipótese da “falta de serviço”, nas modalidades em que o “serviço não funcionou” ou “funcionou tardiamente” ou, ainda, funcionou de modo incapaz de obstar à lesão. Excluiu-se apenas o caso de mau funcionamento do serviço em que o defeito de atuação é o próprio gerador do dano, pois aí estaria configurada conduta comissiva produtora da lesão. Trata-se, aqui, apenas, de conduta omissiva do Estado ensejadora (não causadora) de dano.
- c) Casos em que também não é uma atuação do Estado que produz o dano, contudo, é por atividade dele que se cria a situação propiciatória do dano, porque expôs alguém ao risco (em geral – embora nem sempre – em razão da guarda de coisas ou pessoas perigosas). Nestas hipóteses pode-se dizer que não há causação direta e imediata do dano por parte do Estado, mas seu comportamento ativo entra, de modo mediato, porém decisivo, na linha de causação.

A positivação dos direitos humanos no ordenamento jurídico no Brasil é um fenômeno relativamente recente. E ainda, sua tradução na ação estatal, enquanto políticas públicas sólidas e efetivas, remete a um processo longo e que se encontra distante de se consolidar na realidade social, cultural e política do país.

Atualmente, urge a necessidade de promoção de diálogo social e político com objetivo de

reduzir o total desconhecimento que impera na sociedade brasileira, gerando dificuldades para a efetivação das políticas públicas que visam assegurar direitos àqueles que são cotidianamente marginalizados e discriminados e o Sistema Único de Saúde, que deveria ser uma política universal para além do papel, acaba entrando na mesma lógica que as demais políticas, tendo uma série de obstáculos, portanto, que impedem e dificultam sua real concretização e efetivação quando o assunto são os direitos e acesso à saúde.

Segundo o artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990, os princípios e diretrizes da saúde podem ser compreendidos como sendo a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade, o direito à informação e a divulgação de informações, além da participação da comunidade, dentre outros. Esses princípios e diretrizes da saúde foram ampliados a partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que possibilitou uma ampliação do conceito de qualidade de vida que passou a levar em consideração a capacidade de viver dentro dos padrões de dignidade humana caracterizados pelas condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, transporte, lazer e acesso à saúde.

No caso específico da violência obstétrica, vemos que a responsabilidade não é só civil, quando o Estado deve reparar o prejuízo por meio de indenização, mas também penal e administrativa. Penal, porque na grande maioria das vezes ocasiona na paciente lesões corporais que podem variar de leves a graves, devendo o autor, agente público, ser penalizado, para coibir novas condutas e servir como exemplo aos demais agentes. Administrativa, porque na execução do Serviço Público o agente desvia-se da conduta ética prevista nos Estatutos e Regulamentos da atividade, e pode ser punido até com a demissão do serviço público, a depender da gravidade da falta cometida, servindo como exemplo a fim de coibir novas condutas idênticas pelos demais agentes.

Ainda é fácil encontrar quem acredite que a construção das políticas públicas cabe somente ao governo, mas essa noção encontra-se ultrapassada, tendo em vista o entendimento atual de que as mesmas são produzidas em conjunto entre o Estado e a sociedade, visando sempre o atendimento dos interesses coletivos.

Os cargos políticos eletivos são ocupados por cidadãos escolhidos pelo povo através do voto, com base nas propostas políticas por eles apresentadas, para que possam tentar realizá-las. É o poder Legislativo, composto por esses escolhidos que define a grande maioria dessas políticas, cabendo aos servidores públicos apresentar todas as informações necessárias para esse processo de tomada de decisão, recebendo posteriormente a responsabilidade de executá-las depois de definidas, sendo assim, elementos essenciais ao desempenho e efetivação das mesmas. Também a sociedade, através de vários grupos, tem grande influência na formulação dessas políticas, participando tanto na sua confecção, quanto na sua implementação.

A formulação dessas políticas advém, geralmente, dos Poderes Executivo e Legislativo, mas surge a partir das necessidades e solicitações da sociedade. A própria lei assegura a participação da sociedade em todas as fases das políticas públicas (formulação, acompanhamento e avaliação) prevendo sua participação na composição dos diversos Conselhos, sejam eles municipais, estaduais ou federais.

Determina a Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009, sobre essa participação:

- I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, leis e diretrizes orçamentárias e orçamentos;
- II – liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público.

Define que seja assegurada por todos os poderes públicos a participação popular em suas gestões, transformando o direito do povo em uma obrigação do Estado. A sociedade civil organizada, composta por sindicatos, entidades de representação empresarial, associações, ONG's, etc. serão os responsáveis pela apresentação das demandas aos dirigentes dos entes públicos, para que sejam selecionadas prioritariamente, sendo consideradas as demandas específicas.



Figura 12 – III Audiência Pública para debater sobre violência obstétrica
Fonte: Divulgação/MPF-AM,2017.

No Amazonas as políticas públicas de segurança da mulher, as quais abrangem também a violência obstétrica, foi muito influenciada pela sociedade civil organizada, que auxiliou a criação em Manaus do primeiro Comitê de Combate à Violência Obstétrica no país, com atuação conjunta do Ministério Público Federal e com o Ministério Público Estadual, promovendo uma série de audiências públicas sobre o assunto, o que fez surgirem várias denúncias de casos de violência obstétrica nas diversas maternidades do município de Manaus, tanto públicas, quanto

privadas, sendo aberto inquéritos e , a partir destes, o Ministério Público Federal e o Ministério Público Estadual ajuizaram Ações Cíveis Públicas com a finalidade de garantir a observância das normas relativas à humanização do parto e nascimento pelos profissionais das maternidades da rede pública de saúde, criando também um canal para denúncias através do número 181 ou pelo site www.portaldamulher.am.com.br.

Destaca-se que a atuação conjunta, após a primeira audiência o MPF e o MP/AM, assinaram onze recomendações a maternidades, hospitais e órgão de saúde para o cumprimento das diretrizes estabelecidas na Lei do Acompanhante nº 11.108/02, e na Lei Estadua nº 40.72/14, que permite a presença de doulas durante o serviço de parto e de um acompanhante, escolhido pela gestantes nas instituições.

A Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas - SUSAM, fez a implantação de práticas no Sistema Único de Saúde iniciadas pela Portaria nº 1.459/11, instituidora da Rede Cegonha, que já determinada em seu Art. 1º:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Ainda dentro das políticas públicas no âmbito do Estado do Amazonas sobre o assunto, no final de 2018 a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, assinou Termo de Ajustamento de Conduta, comprometendo-se a melhorar a assistência materno-infantil em sua rede de atendimento nos próximos dez anos.

No âmbito estadual, em atenção ao parto e ao nascimento, a aprovação da Lei nº 4.749, de 3 de janeiro de 2019, a qual amplia para todos os estabelecimentos, que, mesmo não sendo da rede estadual, sejam conveniados com o poder público estadual essa humanização. Logo em seu primeiro artigo determina:

Art. 1º Fica assegurado às gestantes o direito de receber assistência humanizada durante o parto nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do Estado do Amazonas.
Parágrafo único. A adolescente parturiente goza de todos os direitos contidos nesta Lei, sem prejuízo da proteção integral dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente , de acordo com a Lei nº 8.069 , de 13 de julho de 1990.

Ressalta-se ainda que, o ativismo dos movimentos de mulheres no processo histórico contribuíram para a aprovação na Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas do Projeto de Lei 96/2019 que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado.

Dessa forma, verificamos que alguns avanços foram alcançados, iniciando com a autorização da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, a implantação de

centros de parto normal, etc., mas há ainda muito para ser implantado para que o parto humanizado possa ser efetivamente consolidado nas maternidades do Estado e a violência obstétrica seja extirpada da nossa realidade.

No âmbito municipal também houveram movimentações referentes à mitigação da violência obstétrica, pois em 2017 foi apresentado pela Vereadora Joana D'Arc (PR) o Projeto de Lei nº 146/2017, que permitiria à parturiente o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nas Unidades Básicas de Saúde e maternidades de Manaus, tal projeto foi apresentado visando garantir que as mulheres do município tivessem sua decisão respeitada na hora do parto, combatendo assim a violência obstétrica, mas até hoje ainda não foi aprovado.

Segundo Rohde (2016, p.85) esse plano de parto é documentado com a exposição da grávida quanto as suas preferências relativas à condução do trabalho de parto, parto e nascimento do bebê, desde a escolha da posição de parir a outros procedimentos que não deseja receber da equipe profissional.

3.2 ASSISTÊNCIA ÀS PARTURIENTES EM SITUAÇÕES DE V.O

O modelo de assistência a parturiente tem seus preceitos estabelecidos pelas recomendações da OMS desde 1985, passando por revisões em 1996, que inclui orientações de revisão de protocolos, uso de tecnologias, participação da paciente na tomada de decisões. A estratégia visa instaurar novo modelo de atenção obstétrica e neonatal, tendo a humanização como estratégia para o enfrentamento e combate as práticas de violência contra a mulher. Tendo o Brasil através do Ministério da Saúde instituído políticas públicas de saúde como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, e a rede Cegonha em 2011.

O comportamento dos profissionais da saúde que submetem mulheres às práticas intervencionistas, causando-lhes insegurança, angústia e medo, expressam desde condutas de negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, com tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional, violência física, com a não utilização de medicação analgésica quando recomendado, uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente as evidências científicas com potenciais de risco e sequelas, incluindo até abuso sexual.

No Processo Civilizador Vol.1, Elias retratou a psicogênese esboçando o desenvolvimento de longa duração das estruturas psíquicas e as modificações no comportamento dos seres humanos, sua preocupação volta-se para as estruturas e mecanismos de regulação e controle das emoções, e na formação social do superego. E assim, Elias demonstrou como os mecanismos de coação e autocoação agem na regulação dos modos de se comportar.

Já em relação a sociogênese, Elias refere-se ao desenvolvimento, em longo prazo, das estruturas sociais. No cerne da obra são estabelecidas relações no processo de centralização rumo à monopolização: do território, da tributação e do uso da violência, o que passou a determinar um crescente grau de dependência e funcionalização, coordenação, regulação e integração do conjunto dos processos sociais.

Entende-se que a maneira como interpretamos os sintomas é influenciada por nossas experiências prévias e expectativas. Todos sentem o estresse, porém nem todos lidam de maneira eficaz com o quadro sintomático que é singular e individual a cada estrutura psicológica que compõe o ser humano, tendo em vista que nossos recursos de enfrentamento podem ser mais bem comprometidos por meio da perspectiva biopsicossocial. Não há controle de todos os fatores psicológicos e sociais que afetam nossa capacidade de enfrentamento e manejo de situações-problemas (STRAUB, (2014:344).

Se faz necessário levar em consideração aspectos singular e individual de cada parturiente, a percepção negativa da experiência em qualquer fase da gestação, pré-parto, parto ou pós-parto, inicia pela ausência de informação quanto ao tipo de parto mais apropriado pelas condições de saúde da mulher e conceito, falta de conhecimento dos seus direitos na assistência ao pré-natal e parturição.

Maldonado (1977) defende que o parto é um processo psicossomático onde as características são determinadas por várias facetas do contexto sociocultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente. E assim, transtornos psicológicos podem predispor a distúrbios físicos e a determinados comportamentos em relação à doença, por meio de inúmeras vias biológicas, comportamentais (práticas de saúde deficientes, uso inadequado dos serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento), cognitivas (interpretação equivocada de estímulos físicos, representações incorretas de doenças e foco em processos decisórios em relação à saúde) e sociais (interferência na vida cotidiana e nos papéis sociais e isolamento social).

No caso de uma mulher sofrer algum tipo de V.O, é fundamental que solicite a cópia do prontuário médico, documento que registra todos os procedimentos aos quais a mulher foi submetida desde a sua chegada ao hospital; este documento constitui um direito da paciente ao acesso e pode ser solicitado no setor administrativo da maternidade. De posse da cópia do prontuário médico, a mulher vítima de violência obstétrica pode comunicar por escrito ao Ministério Público, com o objetivo de promover a investigação do caso e, conseqüentemente, a reparação do dano causado. E para notificação da violência obstétrica, existe os disk 180 e 136 , principais canais de denúncias disponível nacionalmente para notificá-la.

E em caso da V.O ocasionar sequelas físicas ou psíquicas na mulher ou no bebê, e estando a vítima munida de documentos e exames médicos, esta poderá propor uma ação de reparação civil por danos morais contra os médicos e o hospital onde teve a criança - em alguns

casos até mesmo contra o estado ou o município, dependendo de quem seria a responsabilidade de gerência da maternidade.

3.2.1 Apoio psicossocial

Considerando os aspectos singular e individual de cada parturiente, a percepção negativa da experiência em qualquer fase da gestação - pré-parto, parto ou pós-parto - se inicia pela ausência de informação quanto ao tipo de parto mais apropriado pelas condições de saúde da mulher e do conceito, bem como pela falta de conhecimento dos direitos da mãe em relação à assistência no pré-natal e parturição. No âmbito público e privado, a postura dos profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, diante das práticas intervencionistas a que submetem a parturiente, provoca insegurança, angústia e medo.

O fato do parto ser um momento único e inesquecível na vida da mulher, depende de cuidados despendidos por profissionais para que este ato seja o mais natural e humano possível, uma vez que o processo de parturição normal e fisiológico da mulher necessita, na maioria as vezes, de apoio, atenção, acolhimento e tratamento humanizado (ANDRADE;AGGIO,2014). O que se justifica no elemento fundamental no parto humanizado: a assistência com apoio psicológico e emocional.

As normatizações da saúde esclarecem que quando se trata de questões complexas, como por exemplo a violência, é preciso “ampliar a percepção de nossos profissionais para uma mudança histórica de pensamento, paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir [...]” (BRASIL, 2009, p. 21).

O objetivo é de garantir a escuta e a atenção qualificada para pessoas em situação de violência. Para isso, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012) especifica alguns procedimentos importantes de atendimento, que inclui: a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, exames complementares e o acompanhamento psicológico.

A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial possui potencial terapêutico quando realizada, contribuindo para a melhoria da atenção centrada na pessoa em situação de violência. Em que a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Vale ressaltar que para se dimensionar o fenômeno e subsidiar a proposição de políticas públicas, os casos de suspeita ou confirmação de violência, independentemente do seu tipo ou da faixa etária da vítima, devem ser registrados na Ficha de Notificação Compulsória, instituída pela Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003. Serviços públicos e privados de saúde devem efetuar esta medida visando não apenas a intervenção curativa, mas também a prevenção de

qualquer tipo de violência.

O que para Giddens (2002, p.138) no contexto da sociedade moderna houve o declínio em relação às atividades rituais das principais transições da vida, que envolve o nascimento, adolescência, casamento e morte. Portanto, considera que o amparo psicológico para o enfrentamento das dificuldades no processo de transição é fundamental.

Os casos de V.O identificados na Maternidade são encaminhados para o Humaniza Coletivo Feminista Humaniza, organização não governamental (ONG), grupo de mulheres integrantes de uma associação sem fins lucrativos que atua no enfrentamento à V.O no Estado do Amazonas. Atende mulheres que sofreram algum tipo de descaso/violência durante pré natal e parto. São representantes da sociedade civil amazonense no Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas, atuando em intervenção imediata nas maternidades do Estado. Também atuam no *amicus curiae* em ações judiciais que envolvem especificamente a apuração e ocorrências de V.O., prestando acompanhamento jurídico junto às entidades de classe e encaminhamento de vítimas para atendimento nas Defensorias Públicas. Como Movimento de Humanização do parto e Nascimento – MHPN/AM, o espectro de ações e atividades envolvem promoção de cursos, palestras, rodas de conversas, para profissionais, mulheres e famílias gestantes, temas relacionados à saúde materno-infantil, direitos das mulheres, atualizações de protocolos de atenção ao parto e nascimento promovidos pela OMS, reverberando a obstetrícia científica ante o respeito à autonomia e ao bem estar do corpo feminino e do recém nascido (RN).

Acredita-se que a mudança de comportamento é uma consequência social, para humanizar o atendimento da mulher há necessidade de se respeitar o contexto cultural, histórico e antropológico para determinar as formas de conhecimento e ações no período reprodutivo (DINIZ,2001). Em vista da pobreza das relações humanas na forma de assistência e do sofrimento físico e emocional, o investimento na qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores passa a ser foco do movimento de humanização do parto.

3.3 PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO E ERRADICAÇÃO DA V.O EM MANAUS

A cidade de Manaus pode ser considerada ativa na luta e resistência contra a violência obstétrica, mais a plena implementação de políticas públicas requer planejamento específico nas devidas repartições, com programas diretores ou equivalentes, com orçamento, prazos, responsáveis, indicadores, monitoramento, avaliação e controle social. Assim, faz-necessário garantir que as políticas afirmativas para a demanda seja construídas democraticamente para que sejam implementadas plenamente.

As ações desenvolvidas no enfrentamento da violência obstétrica, sejam em instituições

públicas ou privadas, demonstram que há impacto das políticas públicas desenvolvidas pelo governo do Estado do Amazonas, que entre outros caminhos elegeram o como um espaço político de afirmação, incluindo as Universidades como aliadas em suas lutas.

Em relação ao processo de construção social, Michele C. Conde (2004 *apud* MOLINA, 2011, p. 953) fala dos movimentos sociais como sendo resultantes da necessidade de melhorias na existência de personagens descontentes com a maneira pela qual são percebidos e tratados pelas esferas públicas e pelas instituições (privadas ou não) e, em última instância, e de uma maneira difusa, pela sociedade.

A humanização do atendimento e o acompanhamento da gestante até o parto, e após este, demonstraram-se necessárias para a manutenção de direitos fundamentais insculpidos na Constituição Federal da República; entretanto ainda não são aplicadas de forma devida e na amplitude determinada, o que culmina em processos judiciais cíveis e penais para responsabilização dos profissionais de saúde causadores dos danos.

Para evitar as práticas de violência obstétrica é importante destacar o fornecimento de informações sobre a assistência ao parto para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na rotina do pré-natal, de maneira que este conteúdo possa ser analisado e as dúvidas sejam sanadas com calma nos meses em que a gravidez se desenvolve. Além de garantir às parturientes o direito ao acompanhante no momento do parto, informando-lhes desde o pré-natal quanto a este direito, que pode ser exercido desde a internação até a admissão da alta.

Destaca-se ainda, que a comunicação deve ser um dos elementos de competência técnica mais indispensáveis na formação dos profissionais de saúde, principalmente com relação à obstetrícia, permitindo manter um diálogo, acolher a dor das pacientes, fornecer a explicação de cada procedimento realizado, e valorizar os cuidados maternos e neonatais, com o objetivo de transformar o momento do parto, em uma experiência de crescimento para a mulher e a sua família.

Ademais, quanto à humanização no momento do parto, deve-se observar a busca por técnicas adequadas para o alívio da dor com respeito à fisiologia natural de cada mulher, bem como os aspectos culturais, a fim de evitar procedimentos desnecessários, dolorosos e invasivos à intimidade da mulher.

É importante frisar que as medidas judiciais referentes à violência obstétrica transformam-se também em medidas educativas, servindo de exemplo para os demais profissionais da saúde; independentemente de serem estes atuantes da rede pública ou privada, todos são prestadores do serviço público de saúde. Indica-se assim o caminho para maior aplicação efetiva dos programas de humanização e apoio à gestante e parturiente, bem como para o fiel cumprimento da legislação e o real respeito aos direitos das mulheres nesta situação.

A vice-presidente do Movimento Humaniza, Rachel Geber, ressaltou no ano de 2015

foram registradas 17 denúncias de violência obstétrica e em 2016, 16 denúncias. Dos motivos, em apenas uma denúncia, foi relatada a falta de infraestrutura nos hospitais e maternidades e que as principais denúncias consistem em procedimentos realizados durante o parto. E esses procedimentos considerados naturais são tipos de violência obstétricas e podem ser evitados, pois a maioria desses procedimentos são desnecessários e não recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo relato de Luiza Xerez, representante da Secretaria de Saúde do Estado (SUSAM) a infraestrutura dos hospitais e maternidades não é a principal causa da violência obstétrica e considera que a capacitação de profissionais que atuam na área de saúde deve passar por adequações. Destacou que, no Amazonas, ocorrem cerca de 76 mil partos, anualmente, sendo 75% em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e 25% em maternidades e hospitais privados, e há denúncias de casos de violência obstétrica em ambos.

A Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão no Amazonas, Bruna Menezes, apontou avanços obtidos a partir do termo de cooperação assinado em 2016 e da importante participação dos órgãos que assinaram o documento. “Após a assinatura do termo de cooperação foi instituído um comitê que reúne os parceiros para um acompanhamento da evolução dos trabalhos realizados, e com isso foi constatado que muitas mudanças ocorreram em 2017, como a presença de um apoiador que abordará temas relacionados a violência obstétrica nas maternidades de Manaus, e também as alterações de cláusulas nos contratos da SUSAM com as empresas que prestam serviços nas maternidades”.

Para a promotora de Justiça, Cláudia Câmara, do MPAM, a realização de Audiências Públicas é fundamental para manter o assunto na agenda de discussões da sociedade. “A audiência tem como objetivo conscientizar sobre a necessidade de debater o tema e impedir que a violência obstétrica seja banalizada, pois muitas mulheres não sabem do que se trata e não se reconhecem como vítimas desse tipo de violência”.

O ministério Público Federal (MPF) já realizou várias audiências públicas abordando temas relacionados à violência obstétrica e as medidas que podem ser tomadas junto aos órgãos para garantir que mulheres tenham seus direitos respeitados, a exemplo a oposição das mulheres a alguns procedimentos, com o intuito de obter um parto mais humanizado. Nestas audiências, os representantes dos Conselhos Regionais de Medicina, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem são convidados à compor a mesa, abrindo-se ao público e à imprensa.

A terceira audiência Pública, conforme figura 12, foi para debater sobre violência obstétrica e teve a participação de instituições Federais, Estaduais e Municipais ocorreu em 2017, com o objetivo de debater sobre os avanços e desafios no combate a essa forma de violência. Nesta reunião houveram relatos de vítimas, profissionais da área de saúde e representantes de movimentos que atuam na prevenção das práticas violentas realizadas pré-

parto, durante o parto e pós-parto.

Para prestar um atendimento ainda mais especializado às gestantes e puérperas atendidas na unidade Maternidade Nazira Daou passou a contar com o apoio dos enfermeiros da pós-graduação lato sensu, do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Amazonas(UFAM). O programa objetiva o incentivo na formação de especialistas na modalidade residência por meio do fomento da inserção qualificada dos enfermeiros para atuar no cuidado à saúde da mulher nos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e nascimento, ao puerpério e família, orientadas pelas boas práticas e evidências científicas, assim como pelos princípios e diretrizes da Rede Cegonha e do Sistema Único de Saúde.



Figura 13– Atividades de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus
Foto: Divulgação/MPF-AM

As reuniões entre as equipes de enfermagem das maternidades do Estado para deliberarem acerca da normatização das condutas da equipe de saúde frente à saída voluntária da cliente sem autorização médica e sem comunicação da saída da unidade em que estava internada (evasão/alta a pedido/ recusa de tratamento). Para além dos encaminhamentos propostos no encontro, o momento possibilitou um maior contato entre as responsáveis técnicas pelas unidades, além da troca de experiências que cada uma vivencia em seu cotidiano. Encontros como estes demonstram o alinhamento entre os profissionais da gestão e fortalecimento da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo das ciências humanas, em particular da sociologia, o tema violência obstétrica já se faz presente e ao longo do século XX seque adquirindo campo temático específico e tema de discussão na teoria social contemporânea, e esse conhecimento produz diferentes interpretações, resultantes de diferentes momentos e diversos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais.

Como cientista social com formação histórica consistente e figura de domínio na sociologia Alemã, Weber, conseguiu combinar as duas perspectivas: histórica e a sociológica. Em que na perspectiva histórica considerava que a pesquisa histórica é essencial para a compreensão das sociedades, permitindo o entendimento das diferenças sociais, gênese e formação. Enquanto que, na perspectiva sociológica, considerava os elementos mais gerais de cada fase do processo histórico.

Para a corrente sociológica compreensiva weberiana a ênfase é compreender o caráter particular e específico de cada formação social e histórica contemporânea, onde o conhecimento histórico é a busca de evidências, tendo como objeto de investigação a ação social, a conduta humana dotada de algum sentido e as justificativas racionalizadas, e foram essenciais para análise da ação dos indivíduos observados como figuras representativas deste estudo.

A compreensão do sentido das ações sociais, os motivos que sustentam o próprio sentido, definem o objeto da sociologia como o estudo da conexão de sentido das ações. Assim as organizações em que as sociedades se estruturam e se movimentam, estão relacionadas por determinações sociais e são frutos de construções sociais passíveis de mutabilidade histórica e contextual.

O Brasil ainda tem pela frente o desafio, diante da tendência pra a crescente violência, que levanta numerosos problemas complexos. E só será possível resolvê-los, de forma mais adequada por meio do desenvolvimento dos aspectos relevantes da teoria do processo de civilização, buscando aprofundar a teoria de Elias, distinguindo os tipos de violência humana, demonstrando a transformação civilizadora de longa duração e sugerir a transformação como uma mudança no equilíbrio entre algumas das formas de violência, uma transformação observável nas formas de controle social.

A realidade é que vivenciamos o cenário dos retrocessos políticos, sociais, culturais, educacionais, em que os avanços possibilitados pelos movimentos sociais em razão da igualdade e reconhecimentos dos direitos humanos estão mais enfraquecidos.

Percebe-se que o Processo Civilizador pressupõe uma função importante, estabelecendo uma nova direção acerca de como pensar as mudanças no padrão de conduta social identificadas

no decorrer dos séculos. Nos diz sobre a influência da psicogênese ou de como a estrutura psicológica dos indivíduos está decisivamente associada às mudanças estruturais da organização social.

O estudo possibilitou a compreensão da violência obstétrica através dos resultados, e a partir das figurações representadas nas relações estabelecidas nas prestações de serviços de saúde a mulheres parturientes, evidencia-se que há uma semelhança que as une, sendo que os conceitos que definem e os argumentos que utilizam não se restringem ao plano das representações, mas servem também para orientar as práticas que intencionam regular as relações e interações entre os indivíduos.

A formação profissional, as práticas, a promoção e as ações coletivas colaboram efetivamente para o aumento da potência das pessoas nas práticas de saúde, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a relevância e legitimidade deste problema de saúde pública declarando a “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”.

A promoção de permanentes reuniões para reflexões e discussões sobre a Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, o desenvolvimento de programas de conscientização e trabalhos de prevenção e erradicação da violência obstétrica no país, favorece que a problematização e a participação política das mulheres na agenda de saúde sobre seus direitos reprodutivos, manifestações e ações coletivas organizadas possibilitam motivação para falar, discutir e incentivar a inserção do tema nas mídias e na agenda nacional de saúde.

Os avanços em direitos humanos, legislação e tecnologias contribuem para o enfrentamento, porém ainda são insuficientes para solucionar a questão problema. Assim, as recomendações envolvem desde o fortalecimento da gestão pública em saúde para também incluir atualizações dos protocolos, das normas técnicas de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da V.O, visto que não há evidências de protocolo dessa natureza no processo de assistência aos usuários.

As mudanças rumo ao efetivo atendimento humanizado ideal inclui estratégias de vigilância, práticas de educação em saúde, conscientização e participação de profissionais da área da saúde (enfermeiras, obstetras, pediatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas corporais, cientistas sociais, etc.) que atuem direta ou indiretamente na prestação desses serviços às mulheres em processo gestacional.

Considerando ainda, que a formação psicológica dos profissionais de saúde, é resultante de uma série de elementos complementares, como temperamento, moral, personalidade, ética, caráter, identidade e atributos do ego, e que a humanização parte do princípio de mudança no modelo de prestação de atendimento/hospitalização/medicalização de serviços de assistência. Que se priorize a qualidade dos serviços prestados, o respeito aos direitos da mulher em acordo

com a proposta da Organização Mundial de Saúde (1985) onde consta o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao direito ao acompanhante no parto, alojamento conjunto da mãe e o recém-nascido, auxílio das enfermeiras obstétricas na atenção aos partos e parteiras leigas onde não houver rede hospitalar.

E ainda vale citar que, desde 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNGM) definem que as habilidades de comunicação devem ser ensinadas aos médicos brasileiros. Em 2014, as DCNGM foram revisadas e definiram que o médico precisa ser preparado para o cuidado centrado na pessoa, desenvolvendo relação horizontal e compartilhada, condição intrinsecamente ligada à habilidade para se comunicar. Estabeleceram, ainda, que o estudante tem de ser capaz de se comunicar por meio de linguagem verbal e não verbal, com empatia, sensibilidade e interesse. E em 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 569/2017, que expressa diretrizes comuns para os cursos de graduação em saúde considerando as competências necessárias para a formação profissional. Entre outros aspectos, destacou a importância das competências em comunicação e relações interpessoais para um cuidado em saúde seguro e de qualidade.

Os esforços empreendidos por todos os setores, culminam em fortalecimento, ampliação, e consolidação, em âmbito nacional, da rede integrada de atendimento às mulheres, de diversas áreas de assistência, que envolve políticas públicas, assistência social, direitos humanos, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres.

I

REFERÊNCIAS

Obras Bibliográficas

ARON, Raymond. Max Weber. In: ARON, Raymond. **Etapas do Pensamento Sociológico**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BANDEIRA DE MELO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BETHEA, D. C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. 363 p.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Traduzido por: Mateus S. Soares Azevedo (et al), Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BOWSER, D; Hill K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda: Harvard School of Public Health, 2010.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **Antropologia do Brasil – Mito, História e Etnicidade**. São Paulo: Edusp/Brasiliense, 1986.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

CID 10. **Classificação transtornos mentais e de comportamento da CID10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organiz. Mundial de Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COHN, Gabriel. Introdução. In: FERNANDES, Florestan. (Coord.); COHN, Gabriel (Org.). Max Weber. Sociologia. Tradução: Amélia Cohn e Gabriel Cohn. 6 ed. São Paulo: Ática, 1997. (Coleção Grandes Cientistas Sociais; 13).

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DÍAZ, M. **Os direitos sexuais e reprodutivos**. Lavras: UFLA, 2004.

_____, C. S. G. *et al.* **Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=01041282201500030001>. Acesso em: 23 ago. 2019.

D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111(3):201-2.

DUMONT, Louis. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna.** Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1985.

ELIAS, N. **O processo civilizador.** V.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

_____; DUNNIG, E. **A busca da excitação.** Lisboa: Difel, 1995

_____. & SSCOTSON, J.L. (2000). **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** (Vera Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editor.

ELIAS, N. **a sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. **o processo civilizador: formação do estado e civilização.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v. 2, 1993.

FARIA, h.p, DE.; ET AL. **Modelo assistência e atenção básica à saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, coopmed, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1997.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** 2. ed. São Paulo: Unesp, 1990.

_____, A. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

_____, A. **Sociologia.** em: <http://www.cursoacesso.com.br/wp> Acesso em: 07 de setembro de 2019.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade.** Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade.** – 11. ed., 1 reimp. – Rio de Janeiro :DP&A, 2011.

IAMUND, E. **Sociologia e Antropologia do direito.** 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

KRUPPA, Sonia M. Portella. POYER, Viviane. **Sociologia da Educação:** livro didático 2007. Disponível em: http://busca.unisul.br/pdf/89245_Viviani.pdf setembro de 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1976.

Fundação Perseu Abramo, e Sesc, **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado,** 2010, em <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>, em 26 de junho de 2019.

MATOS, G.CG de. **Ethos e figurações na histerlândia amazônica.** Manaus – Editora

Valer/Fapeam, 2015.

MELLO, C A B. **Curso de Direito Administrativo**. 12. ed. São Paulo: Malheiros 2008

MELLO FILHO, J e col. **Psicossomática hoje**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1994. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo/Edusp.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo : Contexto, 2008.

PINHEIRO, JP; COSTA, L. C. P.; e RUBIM, G; **A violência obstétrica: efeitos psicológicos e responsabilidade do estado**. In: LIMA,N. A; SARAIVA,E.H.; SETE JUNIOR,G. J.. (Org.). Reflexões sobre violência e justiça. Alexa Cultural. São Paulo: 2018, p. 97-122.

PINHEIRO, JP.**Violência obstétrica: análise sob a sociologia figuracional de Norbert Elias**. In: MATOS, G.C.G. Estudos a partir da Teoria de Norbert Elias. Manaus: EDUA;São Paulo: Alexa Cultural, 2020, p. 239-247.

POYER, Viviane. **Sociologia da Educação**: livro didático. Palhoça: Unisul Virtual, 2007.

RAIMUNDO, JS, Cadete MM. **Qualified listening and social management among health professionals**. Acta Paul Enferm. 2012; 25(Spe 2):61-7.

ROUDINESCO, E. **A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

SAHLINS, M. **O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção**. Mana: Rio de Janeiro, 1997.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política em transição paradigmática**. – 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVAa, Elizabete Bianca Tinoco. **Mecanismo de Defesa do Ego**. In: Psicologia, O Portal dos Psicólogos. 2010.

SILVAb, José F. Siqueira; CARMO, Onilda Alves. **Sociabilidade burguesa, violência e serviço social**. In: SILVA, J. F.; SANT'ANA, R.; LOURENÇO, E. Sociabilidade burguesa e serviço social. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

SIMOES, J L. **Norbert Elias e a Análise Interdisciplinar dos Conceitos de controle da violência e Globalização e Educação**. In : VII Simpósio Internacional Processo Civilizador: História, Civilização e Educação, 2003, Piracicaba: Editora UNIMEP, 2003.

SPARGO, Tamsim. **Foucault e a Teoria Queer**. Rio de Janeiro, Pazulin; Juiz de Fora, EdUFJF, 2006.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Tradução Ronaldo Cataldo Costa; 3ª Ed. Porto Alegre:Artmed,2014.

VIEIRA, FS, Santos IS, Ocké-Reis CO, Rodrigues PHA. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: como as Políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no**

Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade.** 4.ed. Brasília: UnB, 2000.

Dissertações e Teses

AGUIA, JM. **Vioência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao exoneração de acolhimento como uma questão de gênero** [tese]. São Paulo: universidade de São Paulo, 2010.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina/USP. São Paulo, 2001.

SENA, Lígia Moreira. **Ameaçada e sem Voz, como num Campo de Concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2016.

SILVA, Maria Raquel Cruz da. **Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de Manaus** / Maria Raquel Cruz da Silva. 2019.

TEIXEIRA, Tainá Abecassis **A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública : o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-AM** / Tainá Abecassis Teixeira. 2018.

Artigos e Periódicos

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. *Violência obstétrica: a dor que cala.* Disponível em: <www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. *Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre as gestantes do Brasil.* Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/847/598>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. *Rev. Latino-am Enfermagem.* v. 14, n. 3, p.14-21, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016>. Acesso em: 19 mar. 2014.

BOWSER, D; Hill K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis.* Bethesda: Harvard School of Public Health, 2010.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Convenção de Belém do Pará. Disponível em: <<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-61.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

COSTA, A O. Norbert Elias e a configuração: um conceito interdisciplinar. Configurações [Online], 17, 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/configuracoes/3947>.

DINIZ, CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.1):S140-S153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>

JUÁREZ, Diana et al. Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Disponível em:

<http://msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/violencia_mujer_web.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA.

Parto do Princípio. Violência Obstétrica. Descumprimento a lei do acompanhante. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/descumprimento-lei-acompanhante>>. Acesso em: 23 set. 2019.

Naveca, FG, Nascimento, V., de Souza, VC *et al.* COVID-19 no Amazonas, Brasil, foi impulsionado pela persistência de linhagens endêmicas e emergência de P.1. *Nat Med* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01378-7>

Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2018]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

Rocha, Sheyla Ribeiro et al. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. In REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 43 (1 Supl. 1) : 236 – 245 ; 2019 <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>

SALLAS, Ana Luiza F. Resenha do livro Os estabelecidos e os *outsiders*. Campos: revista de antropologia social. Vol 1. UFPR, 2001. Disponível em:

<<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewPDFInterstitial/1561/1309>>

Acesso em: 07 fev. 2007.

“Violência Obstétrica Análise sob a Sociologia Configuracional da Teoria do Processo Civilizatório de Norbert Elias” publicado nos Anais do I Simpósio Processos Civilizadores na Panamazonia - SPCPAM, 2018 sob a coordenação do Prof. Dr. Gláucio Campos Gomes de Matos.

5º Encontro de Políticas Públicas para a Pan-Amazônia e Caribe - EPPAC 2019 em Benjamin Constant – AM do artigo “Enfrentamento a Violência Obstétrica no Amazonas: ações e reflexões”.

VENTURI, Gustavo. et al. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo, Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes comuns para a graduação na área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 09 nov. 2001; Seção 1, p.38.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11. 3.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS Nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 fev. 2018; Seção 1 , p.85-6.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

_____. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Colegiado de gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília, 2009. (Série Pactos pela saúde, v. 10).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Secretaria da Atenção à _____. Saúde. Relações entre níveis de governo na gestão do SUS. São Paulo, 2002. Slide 9. Trabalho apresentado no Seminário Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002.

Manaus (AM). Prefeitura. 2014. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br>. Acesso em: jan. 2014.

Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Publicado em: 04/02/2020 | Edição: 24-A | Seção: 1 - Extra | Página: 1

Fundação Perseu Abramo, e Sesc, Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, 2010, em <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>, em 26 de junho de 2019.

Gestão de políticas públicas de direitos humanos — coletânea / organizadores, Ana Luiza de Menezes Delgado ... [et al.]. – Brasília: Enap, 2016

MANAUS. Projeto de Lei nº 146. De 10 de maio de 2017. Dispõe sobre o parto humanizado e a elaboração do Plano de Parto Individual (PPI) nas Unidades Básicas de Saúde e Maternidades do município de Manaus e adota outras providências. Manaus, AM, março 2019. Disponível em: <http://www.cmm.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/PL_146_2017.pdf>. Acesso em 12 março 2019.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZONIA - PPGSCA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa a Violência Obstétrica na Percepção das Parturientes e Profissionais de Saúde da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou na cidade de Manaus: análise sob uma perspectiva figuracional, cujo pesquisador responsável é Jucinara Figueiredo Pinheiro.

Os objetivos do projeto são a) identificar quem são estes parturientes e profissionais; b) descrever as práticas de violência obstétrica; e c) analisar as práticas destes agentes no enfrentamento da violência obstétrica.

O(A) Sr(a) está sendo convidado por que relatarão suas experiências e sentimentos relacionados a assistência recebida na relação com servidores e profissionais de saúde (efetivo ou temporário) da instituição.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço de Saúde, Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou na cidade de Manaus-AM.

Caso aceite participar sua participação consiste em realizar a entrevista áudio gravada com duração média de sessenta minutos; Permitir o acompanhamento nos processos do atendimento na instituição pesquisada e autorizar acesso ao prontuário e outros, se for o caso – Res. 466/12-CNS, IV.3.a.) e autorizar o registro de imagem ou som do participante, se for o caso.

Os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros., conforme item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Seguindo as recomendações da Resolução 466/12-CNS, IV.3.b., informo que nesta pesquisa os riscos e as formas com que o pesquisador buscará minimizar/solucionar são:



a) Se o os familiares dos participantes da pesquisa se manifestarem contra a participação; Solução – A participação será feita de forma voluntária, de acordo com a aceitação do aluno, sendo necessário que este seja maior de idade. E se a família ainda assim persistir, o participante poderá assinar uma carta renunciando e justificando a saída da participação na pesquisa.

b) Caso haja uma epidemia de doenças contagiosas no local da pesquisa com risco de contaminação; Solução – Se caso houver uma epidemia na localidade e este participante ser/estiver contaminado, este poderá também renunciar na participação da pesquisa e continuar seus tratamentos, tendo suas informações resguardadas, e apenas utilizadas com a sua autorização.

c) Se os Participantes ao relembrar a situação vivenciada, dinamizando o aspecto emocional, principalmente das parturientes; Solução – a pesquisadora colocar-se-á em disponibilidade para realizar gratuitamente o acolhimento psicológico inicial e/ou encaminhar para o Serviço Público em Saúde, sem que o sujeito participante tenha alguma despesa, de qualquer ordem/natureza, para tal.

d) Se forem vítimas de preconceito ou agressões físicas e verbais por outrem durante a participação na pesquisa; Solução – Seus nomes, imagens, relatos e objetos serão resguardados, e serão apenas utilizados com a sua autorização. Caso haja algum tipo de violência, todas serão registradas na delegacia mais próxima; e imediatamente a pesquisadora colocar-se-á em disponibilidade para realizar gratuitamente o acolhimento psicológico inicial e/ou encaminhar para o Serviço Público em Saúde, sem que o sujeito participante tenha alguma despesa, de qualquer ordem/natureza.

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: a) possibilidade de compreender a pluridimensionalidade que existe no aspecto da chamada violência obstétrica; e b) conseqüentemente um viés ainda mais interessante é que será com mulheres amazônidas na região Amazônica, o que suscitará a possibilidade de elaboração de produtos científicos relacionados a vivência à cerca da violência obstétrica.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que



possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme Res. 466/2012-CNS, IV.1.c.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente.

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário, conforme itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, de acordo com o item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Jucinara Figueiredo Pinheiro a qualquer tempo para informação adicional no endereço da Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, localizada a Avenida Camapuã, nº 108, QD/ 316, Núcleo 09 – Cidade Nova II, CEP 69097-720, Tel Geral (92) 3649-2650/2680, contato da pesquisadora (92) 9+9101 7910 e e-mail jucinarapinheiro@hotmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 99171-2496, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZONIA - PPGSCA



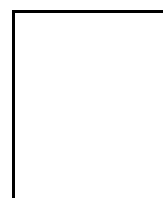
Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus/AM, ____/____/____

Assinatura do Participante



Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA AUDIO GRAVADA - PACIENTES

A entrevista áudio gravada seguirá em torno de questões referentes aos serviços prestados nas fases do trabalho de parto, parto e pós-parto de parturientes atendidas na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou, considerando: (1) condições e cuidados recebidos, (2) vivências, (3) sentimentos.

I - IDENTIFICAÇÃO

01. Nome:
02. Data de nascimento:
03. Escolaridade:
04. Estado Civil:
05. Quantidade de filhos:
06. Religião:

II - ABORDAGEM ESPECÍFICA

- 2.1 Como avalia as condições físicas da maternidade?
- 2.2 Como avalia a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (atendimentos, procedimentos, recurso material)?
- 2.3 Tipo de parto na internação?
- 2.4 Quais as orientações que recebeu no Trabalho de parto (TP), Parto (P) e Pós-parto (PP)?
- 2.5 Considera que foi cooperativa com a equipe multiprofissional nos procedimentos realizados na maternidade?
- 2.6 Sua experiência durante a internação na maternidade interfere/riu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais?
- 2.7 Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto?
- 2.8 O que você entende sobre Violência Obstétrica (V.O)?
- 2.9 Você fez algum registro na Ouvidoria da Maternidade?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS

A entrevista seguirá em torno de questões referentes aos serviços prestados na relação profissional-paciente relativas ao pré-parto (trabalho de parto), parto e pós parto de parturientes na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou. Os participantes serão profissionais, servidores com vínculo empregatício da SUSAM, locados na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou (efetivo ou temporário). A assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após os esclarecimentos dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Informando que não há respostas certas ou erradas, mas necessidade de respostas da forma que corresponde com maior exatidão a realidade vivenciada.

1 - IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome:
- 1.2 Profissão:
- 1.3 Tempo de formação:
- 1.4 Data de Nascimento:
- 1.5 Escolaridade:
- 1.6 Estado Civil:
- 1.7 Quantidade de filhos:
- 1.8 Religião:
- 1.9 Setor que trabalha na Unidade da SUSAM:
- 1.10 Tempo de trabalho na unidade de saúde(maternidade):

2 - ABORDAGEM ESPECÍFICA

- 2.1 Como avalia a qualidade dos cuidados prestados às parturientes (atendimentos, procedimentos, recurso material)?

- 2.2 Você conhece os protocolos para realização dos atendimentos e procedimentos nesta unidade de saúde? Se sim, como teve acesso?

- 2.3 Como percebe a relação entre profissionais e pacientes nesta unidade de saúde? Justifique.

2.4 Quais as orientações que as mulheres recebem no pré-parto (TP), parto (P) e pós-parto (PP)?

2.5 Você discorda de algum procedimento na maternidade nos atendimentos prestados no pré-parto (TP), parto (P) e pós parto (PP)?

2.6 Qual a sua definição para Violência Obstétrica?

2.7 Você percebe que os atos de violência obstétrica podem contribuir para riscos à saúde psicossocial das parturientes?

2.8 Quais as práticas de combate à Violência Obstétrica na Maternidade Nazira Daou?

2.9 Você tem conhecimento dos registros de elogios/queixas/sugestões na Ouvidoria desta unidade de saúde?

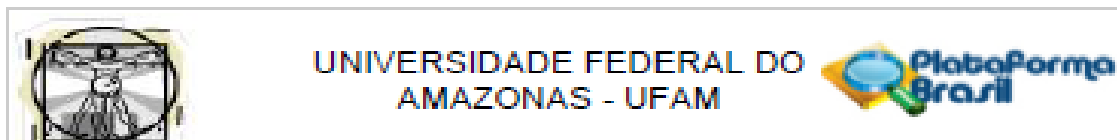
2.10 Você já fez algum registro na ouvidoria desta maternidade?

2.11 Considerando que a formação profissional inclui: conhecimento + habilidades + atitudes, o que te motiva na atuação profissional?

ANEXO

ANEXO 01
PARECER DE APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA MATERNIDADE CIDADE NOVA DONA NAZIRA DAOU NA CIDADE DE MANAUS-AM

Pesquisador: JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas);
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 3

CAAE: 30666620.0.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.052.787

Apresentação do Projeto:

Projeto de Defesa de Exame de Qualificação de pesquisa apresentado no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA FIGURACIONAL

O fenômeno da manifestação da existência na humanidade envolve necessidades de mudanças contínuas no comportamento social promovendo novas possibilidades de controle da violência na área da saúde e a implementação de novas formas de intervenções mais comprometidas com a transformação da sociedade. O locus da pesquisa será a unidade hospitalar Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou que se destina ao pronto atendimento de casos ambulatoriais, de urgência

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.052.787

e emergências obstétricas e de internação hospitalar da mulher (grávida) e da criança (RN), disponibilizando em tempo integral, os serviços médicos de neonatologia, ginecologia e obstetrícia; serviços de enfermagem e de assistência social; serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos; unidade de neonatologia e serviço de remoções para outras instituições especializadas. A pesquisa considera a relevância do estudo das representações sociais da violência na cidade de Manaus, com os objetivos: a) identificar quem são estes parturientes e profissionais; b) descrever as práticas de violência obstétrica; e analisar as práticas destes agentes no enfrentamento da violência obstétrica. A delimitação do objeto de estudo refere-se ao estudo da violência obstétrica num processo sociocultural envolvendo as redes pelas quais se ligam os atores e instituições sociais, na percepção do modo de existência de indivíduos e grupos humanos, bem como suas inter-relações estabelecidas com o Estado e outras entidades.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a violência obstétrica na percepção das parturientes e profissionais de saúde sob a perspectiva figuracional.

Objetivos Específicos

Identificar as implicações psicossociais da violência obstétrica; e
Descrever as práticas de enfrentamento da violência obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Aspectos éticos e legais da Pesquisa Análise crítica dos riscos e benefícios A pesquisa suscitará riscos mínimos tais como: relembrar a situação em si mesma, dinamizando o aspecto emocional, principalmente das parturientes, em assim sendo a pesquisadora se coloca em disponibilidade para realizar o acolhimento inicial e encaminhar para o Serviço Público em Saúde. **Benefícios:** Aspectos éticos e legais da Pesquisa - Os benefícios da pesquisa é que possibilitará compreender a pluridimensionalidade que existe no aspecto da chamada violência obstétrica, e conseqüentemente um viés ainda mais interessante é que será com mulheres amazônicas na região Amazônica, o que suscitará a possibilidade de elaboração de produtos científicos relacionados a vivência de mulheres amazônicas à cerca da violência obstétrica. Para as parturientes, o momento da pesquisa servirá para extravasar aspectos emocionais relativo ao fato e ajudando a ressignificar a experiência vivenciada.

Endereço: Rua Teresina, 405
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.052.787

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anuência devidamente assinada pela diretora da MATERNIDADE Cidade NOVA DONA NAZIRA, em Manaus. Critérios de inclusão e exclusão, orçamento e cronograma estão adequados. Os benefícios e riscos foram anexados ao projeto.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado por estar em consonância com a resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja aprovado.

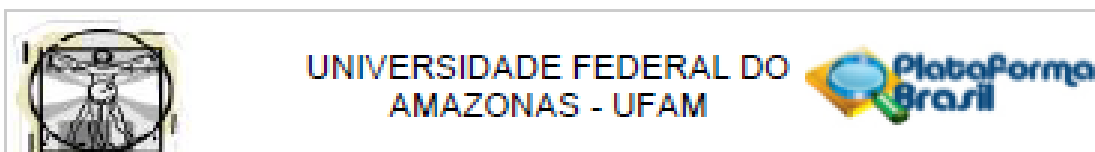
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1503657.pdf	15/05/2020 11:43:59		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/05/2020 11:29:31	JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	30/04/2020 16:57:21	JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PDF.pdf	25/04/2020 15:48:51	JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO	Acelto
Outros	Termo.pdf	18/02/2020 21:59:36	JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO	Acelto
Orçamento	Orçamento.pdf	16/02/2020 23:05:07	JUCINARA FIGUEIREDO PINHEIRO	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	16/02/2020 22:55:40	JUCINARA FIGUEIREDO	Acelto

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.052.787

Cronograma	Cronograma.pdf	16/02/2020 22:55:40	PINHEIRO	Acelto
------------	----------------	------------------------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 27 de Maio de 2020

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adlandópoli

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com